

**ACCIONES DE AUTOCUIDADO DE LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA,
PARA LAS ALTERACIONES MENSTRUALES Y LA DETECCIÓN PRECOZ DE
CANCER DE CERVIX EN EL AÑO 2014.**

STEFANY VANESSA CASTILLO SIERRA

330212208

GINA GISELLE SARMIENTO MALDONADO

330212235

AUXILIARES DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ENFERMERÍA

GIRARDOT

2017

**ACCIONES DE AUTOCUIDADO DE LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA,
PARA LAS ALTERACIONES MENSTRUALES Y LA DETECCIÓN PRECOZ DE
CÁNCER DE CERVIX EN EL AÑO 2014.**

**SUBPROYECTO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:
AUTOCUIDADO EN SALUD SEXUAL Y PROCREATIVA DE LAS
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
- SECCIONAL GIRARDOT 2014**

STEFANY VANESSA CASTILLO SIERRA

330212208

GINA GISELLE SARMIENTO MALDONADO

330212235

AUXILIARES DE INVESTIGACIÓN

MARY LUZ MONROY RUBIANO

DOCENTE INVESTIGADORA

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ENFERMERÍA

GIRARDOT

2017

Tabla de contenido

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	16
2. OBJETIVO GENERAL.....	17
2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	17
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
4. INTRODUCCIÓN	21
5. JUSTIFICACIÓN	24
6. DISEÑO METODOLÓGICO	28
6.1 ENFOQUE	28
6.2 TIPO DE ESTUDIO.....	28
6.3 UNIVERSO	29
6.3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	29
6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	30
7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	31
8. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	35
8.1 FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS	35
8.2 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	35
8.3 EVALUACIÓN DE AUTOCUIDADO	36
8.4 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	37
8.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	38
9. MARCO TEÓRICO.....	39
9.1 TEORIA DEL AUTOCUIDADO	40
9.1.1 CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO	41
9.1.2 CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO	41
9.1.3 AGENCIA DE AUTOCUIDADO	42
10. MARCO CONCEPTUAL	44
10.1 MUJER	44
10.1.2 ROL DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	45
10.1.3 MUJER EN EDAD FERTIL	46
10.1.4 SALUD SEXUAL Y PROCREATIVA.....	46

10.1.5 CICLO DE VIDA	47
10.1.6 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	48
10.1.7 DERECHOS REPRODUCTIVOS	50
10.1.8 CITOLOGIA CERVICO UTERINA	51
10.1.9 ALTERACIONES MENSTRUALES	53
11. MARCO LEGAL	57
11.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991	57
11.1.2 LEY 100 DE 1993.....	57
11.1.3 LEY 1098 DE 2006- CODIGO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA	57
11.1.4 LEY 1122 DE 2007	58
11.1.5 RESOLUCIÓN 412 DE 2000.....	58
11.1.6 POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 2002- 2006	59
11.1.7 ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD (ENDS) 2010 Y 2015	59
11.2 MARCO CURRICULAR DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA.....	61
11.2.1 PROGRAMA DE ENFERMERÍA	61
11.2.2 MISIÓN DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA.....	62
11.2.3 VISIÓN DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA	62
11.2.4 PROPOSITO DE LA FORMACIÓN	63
11.2.5 PERFIL PROFESIONAL.....	64
11.2.6 PERFIL OCUPACIONAL	64
12. MARCO ÉTICO.....	67
12.1 LEY 266 DE 1996 (ENERO 25)	67
12.1.2 LEY 911 DE 2004 (OCTUBRE 05)	71
11.1.3 LEY 29 DE 1990 (FEBRERO 27)	73
RESULTADOS.....	75
13. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS	75
13.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	75
FIGURA 1: DISTRIBUCIÓN SEGÚN SU ESTADO CIVIL Y EL RANGO DE EDAD.	76
FIGURA 2: DISTRIBUCIÓN SEGÚN SU PROCEDENCIA Y TIPOLOGÍA FAMILIAR.....	77

FIGURA 3: TIPO DE AFILIACIÓN AL SGSSS Y LA ZONA DE RESIDENCIA	78
13.2 HISTORIAL SEXUAL Y REPRODUCTIVO	78
FIGURA 4: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LA MENARQUIA Y FACTOR DE RIESGO PARA CÁNCER DE CUELLO UTERINO.	79
FIGURA 5: DISTRIBUCIÓN ESTUDIANTES QUE HAN ESTADO EN GESTACIÓN Y NÚMERO DE VECES QUE LO HAN ESTADO.	81
FIGURA 6: DISTRIBUCIÓN ESTUDIANTES QUE HAN TENIDO ABORTOS Y SUS CAUSAS.	83
FIGURA 7: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL MÉTODO DE PLANIFICACIÓN.	84
13.3 CALIFICACIÓN DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, SEGÚN ACCIONES DE CUIDADO RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD SEXUAL	84
FIGURA 8: CALIFICACIÓN DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, SEGÚN ACCIONES DE CUIDADO RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD SEXUAL.....	87
FIGURA 9: CALIFICACIÓN DE AUTOCUIDADO SEGÚN SEMESTRE CURSADO Y LAS ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	89
FIGURA 10: CALIFICACIÓN DE AUTOCUIDADO SEGÚN ACCIONES PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO.....	91
13.4 DETECCIÓN ALTERACIONES MENSTRUALES	91
FIGURA 11: DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESENCIA DE TRASTORNOS MENSTRUALES.	92
FIGURA 12: DISTRIBUCIÓN SEGÚN ALTERACIONES MENSTRUALES	94
FIGURA 13: DISTRIBUCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENSTRUALES RELACIONADO CON LA CONSULTA AL MÉDICO.....	95
13.5 MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA LA DISMENORREA	95
FIGURA 14. DISTRIBUCIÓN DE LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA DISMINUIR LA DISMENORREA.....	96
FIGURA 15. DISTRIBUCIÓN ANALGÉSICOS USADOS POR LAS ESTUDIANTES PARA MANEJO DE LA DISMENORREA.....	97
FIGURA 16. DISTRIBUCIÓN DE LA FORMULACIÓN DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLAR LA DISMENORREA.	99
CONCLUSIONES	100
RECOMENDACIONES.....	104
BIBLIOGRAFÍA.....	109

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las acciones de autocuidado para las alteraciones menstruales y la detección precoz de cáncer de cérvix, de las estudiantes del Programa Enfermería de la Universidad de Cundinamarca, en el año 2014?

2. OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son las acciones de autocuidado de las estudiantes del programa de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca, para las alteraciones menstruales, prevención y detección precoz de cáncer de cérvix, con el fin de crear estrategias educativas que fortalezcan el autocuidado en las mujeres.

2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las acciones de autocuidado empleadas por las estudiantes del programa enfermería de la Universidad de Cundinamarca, para las alteraciones menstruales y la prevención y detección precoz de cáncer de cérvix.
- Evaluar las acciones de autocuidado protectoras y de riesgo respecto las alteraciones menstruales, la prevención y detección precoz de cáncer Cérvix.
- Diseñar y ejecutar una estrategia educativa que fortalezca el autocuidado para las alteraciones menstruales, prevención y detección precoz de cáncer de cérvix, en las estudiantes de enfermería y comunidad femenina en general.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud, define la salud reproductiva como la condición de bienestar físico, mental y social vinculada al sistema reproductivo. Por lo tanto, la salud reproductiva promueve que las personas puedan gozar de una vida sexual segura.¹ En este sentido, se supone que mujeres y hombres deben estar informados acerca del funcionamiento de su propio cuerpo, haciendo énfasis en el conocimiento y ejercicio de acciones de autocuidado de sus órganos reproductivos.

Las mujeres están expuestas a problemas de salud sexual, que causan altas tasas de mortalidad y, que pueden prevenirse. La investigación realizada por el Doctor Mike Chirenje titulada “El impacto global del cáncer de cuello uterino, describe que en el mundo se dan 490.000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino por año; y más de 270.000 mujeres mueren a causa de esta enfermedad, según esta investigación la incidencia de cáncer de cuello uterino está altamente concentrada en Suramérica, y Centroamérica con aproximadamente 71.000 casos por año²., determinando que el cáncer de cérvix se ha convertido en una enfermedad de gran importancia, resaltando que 1 de cada 9 mujeres padecerá esta enfermedad, y aproximadamente 1 de cada 5 será sometida a una biopsia. Esta enfermedad es la causa más frecuente de mortalidad en el género femenino por neoplasia, el diagnóstico de 500.000 nuevos casos en el año 2000, con una incidencia mundial que superó el millón de casos anuales.

Estudios han identificado numerosos factores de riesgo para el cáncer de cérvix, el interés de conocer más allá de estas enfermedades y su incidencia según las estadísticas del instituto nacional de cáncer estadounidense, indicando “la brecha

¹ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Definición de Salud Sexual: informe de consulta técnica sobre Salud Sexual. Boston. 2011 pág. 18- 25

²CHIRENJE Mike. El impacto global del cáncer de cuello uterino. Universidad de Zimbabue Harare. 2012

en mortalidad entre las mujeres afroamericanas y las mujeres blancas es más grande que a principios de los años 90. Factores de riesgo entre ellos antecedentes personales; enfermedades benignas, menstruación temprana o menopausia tardía, nunca haber estado en embarazo o el uso de anticonceptivos orales.

El panorama mundial muestra que aunque las mujeres conocen sobre la citología, hay razones por las cuales no se la realizan, reduciendo de esta manera el diagnóstico oportuno: en Cuba³, un estudio de tipo caso-control, en el que participaron 59 mujeres negadas a realizarse la prueba citológica, tenía como finalidad identificar los factores que condicionaban la conducta de negación hacia el examen, los resultados revelaron un predominio de los siguientes factores: temor a la prueba, temor ante el posible diagnóstico positivo de cáncer Cervico uterino, investigaciones de la organización mundial de la salud indican que la incidencia de cáncer de cérvix aumenta un 20 por ciento desde el 2008, con 1,67 millones de casos nuevos diagnosticados, incrementando en cuatro años un 14 por ciento con un total de 522.000 muertes en el 2012. La prevalencia y mortandad de este cáncer según estas estadísticas irán en aumento en los próximos años y para el 2025 habrán hasta 2.5 millones de casos nuevos y hasta 800.000 muertes⁴.

En la investigación realizada por Serrat y Hernández en México refieren que las alteraciones menstruales son la causa por la cual las adolescentes acuden a consulta ginecológica, los trastornos más frecuentes por los que consultaban fueron clasificadas por alteraciones en la cantidad, alteraciones en el ritmo y sangrado uterino disfuncional,⁵ investigación que se relaciona con el estudio realizado por Rodríguez y Hernández de la calle, quienes refieren que los

³ PEZ A, REYES C. Evaluación de conocimientos sobre el Papanicolaou como un todo de pesquisa de cáncer cervicouterino. *Bol Hospital San Juan de Dios* 2011; Pag.365-471.

⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Incidencia del cáncer de seno 2008-2012

⁵ SERRET MONTOYA, Juana; HERNANDEZ CABEZZA, Abigail; MENDOZA ROJAS, Ofelia y CARDENAS NAVARRETE, Roció. Alteraciones menstruales en adolescentes. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [online]. 2012, pág. 63-72

trastornos de la adolescente engloban una serie de procesos relacionados con el ciclo menstrual ya sea por alteración en el sangrado (amenorrea o hemorragia uterina) (dismenorrea) dichos problemas afectan 75% de las adolescentes y se relacionan con la elevada prevalencia de los ciclos anovulatorios 82% en los primeros años tras la menarquia⁶.

Después de analizar los resultados presentados se generan interrogantes, acerca de si estamos aplicando los conocimientos adquiridos durante el proceso formativo, y estamos generando las acciones de autocuidado para la detección precoz de cáncer de cérvix y si nos estamos dando cuenta de las alteraciones menstruales a tiempo, En un estudio realizado en México acerca del desarrollo de capacidades de autocuidado en estudiantes de Licenciatura de enfermería, se concluye que “La formación profesional no contribuye significativamente en la formación de capacidades de autocuidado, por el exceso de carga académica y las actividades que no permiten satisfacer los requisitos de autocuidado universales.⁷ Por otra parte Irazusta refiere que “los hábitos de vida de los estudiantes de enfermería, no son saludables”. Por lo que se considera recomendable incluir o reforzar en los planes de estudio de enfermería los contenidos sobre hábitos saludables en relación a alimentación y actividad física, dado que serán en el futuro los/ as profesionales de la enfermería encargados de transmitirlos al resto de la población⁸

⁶ RODRIGUEZ JIMENEZ, HERNANDEZ DE LA CALLE trastornos menstruales en la adolescencia Hospital Universitario Santa Sofía Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia • Volumen II • Septiembre 2014

⁷ Leonor Rodríguez Rodríguez¹, Ma. Lourdes Jordán Jine², Georgina Olvera Villanueva², María de Jesús Medina Sánchez¹, Ramona Armida Medina Barragán¹., Formación profesional y desarrollo de capacidades de autocuidado en estudiantes de Licenciatura en Enfermería, Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit, Nayarit, México., 2013.

⁸ IRAZUSTA A, Ruiz L, Gil S, Gil, Irazusta J. “Hábitos de vida de los estudiantes de enfermería”. UPV/EHV. Escuela de Enfermería. Departamento Enfermería I. Sarriena, 2013

4. INTRODUCCIÓN

La Salud Reproductiva es definida como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia (Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994). El concepto de salud sexual destaca la importancia de asumir la sexualidad mediante capacidades propias de la persona que le permitan ejercer una sexualidad libre pero responsable, este estudio busca establecer si las mujeres estudiantes de enfermería están asumiendo las acciones de autocuidado necesarias para mantener la salud sexual y procreativa.

En el campo de la salud sexual y la salud reproductiva, el enfoque de género permite reflexionar sobre los mecanismos históricos y socio-culturales, que ponen a hombres o mujeres, pero particularmente a estas últimas, en una situación de vulnerabilidad frente al riesgo de enfermar o morir, por cuanto están sujetas a procesos biológicos particulares como: el embarazo, el parto, el aborto; y a procesos sociales que condicionan la planificación familiar⁹, históricamente las mujeres somos las generadoras de cuidado, pero en ese proceso de estar brindando acciones de cuidado, olvidamos o descuidamos la importancia del autocuidado.

El autocuidado es definido por la teórica Dorothea Orem en su Teoría General Del Déficit De Autocuidado “como las acciones que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar; y responder de

⁹POLÍTICA NACIONAL DE SEXUALIDAD, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos Colombia. Pág. 41

manera más constante a sus necesidades en materia de salud”¹⁰ , pero en la mayoría de los casos las personas tienden a realizar acciones porque les fueron transmitidas según sus diferentes culturas y su entorno social, volviéndolas personas mecánicas , es así como en el artículo de “autocuidado elementos para sus bases conceptuales” toma como referente al sociólogo inglés en A Giddens, quien señala que las conductas pueden dividirse en dos tipos: intencionales, refiriéndose a las conductas rutinarias de la vida cotidiana es decir aquellas acciones intencionales que efectúan las personas sin reflexión previa ni cuestionamiento; y las deliberadas, que son aquellas acciones que se realizan con previo conocimiento y con las que se espera un resultado determinado, en las cuales, la reflexión y la experiencia de vivencias significativas provocan que las personas incorporen pautas de autocuidado que previamente no se tenían. En otras palabras, es coherente que personas que adquieran mayor conocimiento, lo interioricen y de esta forma realicen acciones de autocuidado que les permitan tener y gozar de una vida saludable, y de esta forma al generarse el autocuidado se pueda con pleno conocimiento, replicar el estilo de vida saludable, basadas en la ejemplificación de ellas mismas.

Teniendo en cuenta que la formación profesional de enfermería incluye conocimientos de ciencias básicas y específicas que aportan significativamente al cuidado de la salud de los sujetos de atención, en este estudio al abordar a las estudiantes de I a X semestre, se pretende determinar si ese bagaje conceptual y la experiencia práctica, inciden directamente en los comportamientos de cuidado en su vida cotidiana, específicamente en los cuidados a nivel sexual y procreativo, las investigadoras se cuestionan cómo son las prácticas de autocuidado enfocadas en lo referente a la detección precoz de cáncer de cérvix y detección de alteraciones menstruales; si realmente las estudiantes tienen apropiación de ese conocimiento, y lo interiorizan, o solo lo aprenden para ponerlo en práctica con los sujetos de cuidado durante sus rotaciones o a futuro en el ejercicio

¹⁰LLUCH CANUT, María Teresa; ROLDAN MERINO, Juan Francisco, Diseños de proyectos de investigación de enfermería de salud mental y acciones, Universidad de Barcelona, Madrid, 2007-2012, página 111.

profesional, limitándose a las acciones intencionadas. Durante la práctica formativa de cuidado a la mujer, a las estudiantes se les resalta la importancia que tienen las acciones de autocuidado que favorezcan la salud de sus usuarias, la necesidad de promover en ellas hábitos saludables y hacer motivación frecuente para que sean las protagonistas del proceso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero no se ha establecido si esas pautas las apropian para sí mismas como mujeres que están siendo capaces de tener acciones deliberadas en cuanto al cuidado responsable de la salud sexual.

5. JUSTIFICACIÓN

La formación profesional en las disciplinas del área de la salud, tiene componentes básicos de las ciencias sociales, biológicas, humanísticas y legales, así mismo, componentes específicos disciplinares, que proporcionan conocimientos sobre la fisiología, el desarrollo normal físico, psicológico, social del ser humano en cada etapa del ciclo vital, las diferentes patologías y su manejo farmacológico y no farmacológico; en enfermería además, el cuidado en cada una de las circunstancias que acompañan la vida, la salud, la enfermedad e incluso la muerte. Se pensaría que abordar en la formación profesional ese cúmulo de conocimientos, de por sí, es una herramienta para favorecer la salud, de quienes se forman como enfermeros, en este caso, se pensaría que las mujeres que se están formando como enfermeras, tienen en su cotidianidad, hábitos de cuidado saludables, específicamente en el aspecto sexual y procreativo, que es el tema de interés de este trabajo investigativo, indagar si el conocimiento adquirido en la formación por sí misma favorece las prácticas de autocuidado, o por el contrario, no se evidencia la aplicación de ese conocimiento en las acciones de autocuidado.

En un estudio realizado en México acerca del desarrollo de capacidades de autocuidado en estudiantes de Licenciatura de enfermería, se concluye que “La formación profesional no contribuye significativamente en la formación de capacidades de autocuidado, por el exceso de carga académica y las actividades que no permiten satisfacer los requisitos de autocuidado universales.”¹¹

Por otra parte Irazusta refiere que “los hábitos de vida de los estudiantes de enfermería, no son saludables”. Por lo que se considera recomendable incluir o

¹¹ Leonor Rodríguez Rodríguez¹, Ma. Lourdes Jordán Jinez², Georgina Olvera Villanueva, María de Jesús Medina Sánchez¹, Ramona Armida Medina Barragán¹., Formación profesional y desarrollo de capacidades de autocuidado en estudiantes de Licenciatura en Enfermería, Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit, Nayarit, México., 2013.

reforzar en los planes de estudio de enfermería los contenidos sobre hábitos saludables en relación a alimentación y actividad física, dado que serán en el futuro los/as profesionales de la enfermería encargados de transmitirlos al resto de la población¹². Al lograr el objetivo de promoción de la salud, no solo con la educación sino con la ejemplificación de cómo es llevar una vida fundamentada en el autocuidado, enfermedades que dependen de los estilos de vida modificables, podrán disminuir y mejorará así la salud en la población.

De acuerdo con la evidencia disponible, el cáncer es más a menudo causado por las circunstancias medioambientales en la que una persona vive, que por la propia biología del individuo¹³. De esta manera, se identifica que entre el 90 y 95% de la ocurrencia de casos de cáncer son atribuidos a factores de riesgo ambientales, conocidos y modificables, entre tanto sólo el 5 a 10 % de los casos se atribuye a causas de origen genético o heredo-familiar.

En Colombia, el cáncer de cuello uterino es el tercer cáncer más frecuente en el País y sigue siendo la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres¹⁴. Hoy en día, en el País todas las mujeres entre 25 y 69 años de edad, deben realizarse la citología Cérvicouterina, prueba cubierta por el plan de beneficios para toda la población¹⁵, además, de ser la acción de prevención en un segundo momento, por ser la prueba de tamizaje que permite detectar precozmente el cáncer de cérvix.

En este estudio, se ha tomado como referente el modelo de autocuidado de Dorothea Orem, que en sus postulados presenta tres subteorías, la del autocuidado, el déficit de autocuidado y los sistemas, en relación al autocuidado; se presenta este, como un actuar con disposición y motivación en procura de mantener la vida, la salud o recuperación de esta y el desarrollo humano en toda

¹² IRAZUSTA A, Ruiz L, Gil S, Gil, Irazusta J. "Hábitos de vida de los estudiantes de enfermería". UPV/EHV. Escuela de Enfermería. Departamento Enfermería I. Sarriena, 2013

¹³ JEMAL A, ET al. El Atlas del Cáncer. Segunda edición. Atlanta, Sociedad Americana de Cáncer 2014.

¹⁴ FERLAY J, BRAY F, Pisani P, Parkin DM. Incidencia de cáncer mortalidad y prevalencia mundial 2011

¹⁵ PROFAMILIA – Ministerio de Salud y protección Social Encuesta Nacional de demografía y Salud. Bogotá. 2011

su potencialidad; en el caso particular de las acciones de autocuidado para prevenir o detectar precozmente el cáncer de cérvix, se evaluarán, las acciones de las jóvenes en relación a: frecuencia de toma de citología cervico-uterina, edad de inicio de las relaciones sexuales, uso de método de barrera en las relaciones como medida de protección contra el VPH, siendo esta una de las principales causas para desarrollar una lesión neoplásica, la cual se puede detectar a tiempo con la realización de la toma de citología, que aunque es una medida de cuidado que se conoce desde hace varios años, no se evidencia una preocupación real para que sea un examen periódico y que funcione eficientemente como factor protector.

Para realizar el análisis a las alteraciones menstruales se tiene de referente el estudio realizado en la Habana en el que se indica las alteraciones menstruales se producen cuando existen variaciones en el intervalo, duración y cantidad de sangrado, las cuales pueden ser ocasionadas por inmadurez hipotálamo-hipofisaria, desnutrición, tabaquismo, alteraciones psíquicas y endocrinas, uso de anticonceptivos, estrés, separación del hogar, actividad física excesiva, etc.¹⁶ Factores que a los que están expuestas constantemente las estudiantes de enfermería de la Universidad de Cundinamarca.

Esta investigación surge como sub-proyecto de la investigación “autocuidado en salud sexual y procreativa de las estudiantes de enfermería” busca aportar información referente a las acciones de autocuidado que realizan las estudiantes de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca, para prevenir y detectar precozmente el cáncer de cuello uterino y las alteraciones menstruales, evaluando si esas acciones se realizan correctamente, contribuyendo así a generar una reflexión acerca de si quienes se están formando como cuidadoras profesionales, ponen en práctica el conocimiento científico y las actividades de promoción y detección temprana, con el objetivo de mantener su salud sexual y

¹⁶ VAZQUEZ SANCHEZ, Vanessa; MARTINEZ FUENTES, Antonio Julián y DIAZ SANCHEZ, María Elena. Menarquía y ciclo menstrual en estudiantes internas y externas de Ciudad de La Habana. *Rev. Cubana Salud Pública* [online]. 2005

procreativa. Se espera que con esa formación no solo se responda a las demandas propias de salud, sino también a los requerimientos de la sociedad a la que atiende.

Lo que se pretende, es que las estudiantes de enfermería lleguen a tener una conexión clara con la visión de su propio ser, la importancia de mantener una buena salud, pero iniciándolo desde su autocuidado, que todas sus acciones estén encaminadas a la búsqueda de su bienestar, que tengan un compromiso frente a lo que es benéfico para ellas.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 ENFOQUE

El enfoque de la investigación es cuantitativo ya que pretende describir la frecuencia de las practicas autocuidado relacionado con la prevención y detección de cáncer de cérvix y alteraciones menstruales en las estudiantes de del programa de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca en el año 2014, se utilizó un instrumento estructurado para la recolección de los datos y el análisis de los resultados se hizo por medio de herramientas estadísticas.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de alcance descriptivo sobre las acciones de autocuidado para la prevención y detección temprana de cáncer de cérvix y alteraciones menstruales que llevan a cabo las estudiantes de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca; el estudio es de tipo observacional debido a que no se controlan ni manipulan las variables de interés; el estudio es de corte transversal porque las variables de interés se valoraron una sola vez en el tiempo utilizado para el estudio y la relación cronológica que maneja es retrospectiva ya que el estudio se formuló posterior a la recolección de los datos.

En los encuentros para aplicar el instrumento, y previo consentimiento firmado por las estudiantes, se aplicó el cuestionario a las participantes con la finalidad de recolectar información sociodemográfica, datos acerca de los factores de riesgo a que pudieran estar sometidas, así como la información referente a la actividad sexual, aseo del área genital, ropa interior, higiene íntima, Higiene sexual y cuidados con los senos. Por lo tanto la fuente de información de la investigación es de tipo primario, ya que las participantes facilitaron directamente la información necesaria a través de un cuestionario (diseñado y validado).

6.3 UNIVERSO

Estudiantes mujeres matriculadas en el programa de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca, seccional Girardot en el año 2014

TABLA No. 1: Distribución de estudiantes de enfermería II-PA 2014

Semestre	Número de estudiantes Mujeres
Primero	5
Segundo	26
Tercero	25
Cuarto	32
Quinto	37
Sexto	50
Séptimo	27
Octavo	42
Noveno	26
Decimo	14
Total	289

Fuente: Oficina Admisiones UDEC

6.3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA

Todas las mujeres estudiantes del Programa de Enfermería que diligenciaron el cuestionario (267 mujeres)

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Sexo femenino
- Estudiante activa del Programa de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca seccional Girardot que deseen participar libremente en el estudio
- Estudiante de primero a decimo semestre del Programa de Enfermería

7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICIÓN
INDEPENDIENTE							
Factores condicionantes Básicos	Características determinantes que influyen en el estado de salud de las estudiantes y que condicionan el nivel de autocuidado en los aspectos evaluados, en los cuales se incluyen la caracterización Personal	Caracterización sociodemográfica y algunas prácticas sexuales que influyen en el autocuidado que las estudiantes tienen para la promoción de la salud en sus mamas y tracto vaginal y la detección precoz de alteraciones en estos órganos sexuales.	Caracterización sociodemográfica	Características del territorio de donde provienen las estudiantes, el núcleo familiar, la religión y la afiliación de cada estudiante al sistema de salud.	Edad	Intervalos	17-21
							22-29
							30-40
					Estado civil	ordinal	casada
							separada
							soltera
					Procedencia	ordinal	union libre
							otros
					Tipología familiar	ordinal	unipersonal
							nuclear
							extendida
							otros
					Ubicación geográfica	Nominal	Rural
							Urbana
Régimen de afiliación	Nominal	Contributivo					
		Subsidiado					
		especial					
		prepagada					

					Menarquia	ordinal	<de 12 años = 0
							> de 12 años = 1
					número de gestaciones	Nominal	SI = 0
							NO = 1
			Historial Sexual y reproductiva	Comportamientos y manejo de la sexualidad de cada estudiante dependiendo de su inicio actividad sexual coital y planificación familiar.	Abortos	Nominal	SI = 1
							NO = 1
					Método de planificación	Nominal	preservativo/hormonal=0
							preservativo siempre =1
VARIABLES	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	VALOR FINAL
DEPENDIENTE	Práctica de actividades que las estudiantes realizan por sí mismas para la detección precoz de cáncer de cérvix y	Agencia de autocuidado que las estudiantes realizan para la detección temprana de cáncer de cérvix y alteraciones menstruales	Prevención de cáncer de cuello uterino	disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino	Edad inicio relaciones sexuales	nominal	<14 años=0
Acciones de autocuidado de las estudiantes del programa enfermería de la universidad de							> 15 años=1
					Número de compañeros sexuales	nominal	<2 parejas =1
							> 2 parejas =0

Cundinamarca , para la detección precoz de cáncer de cérvis y alteraciones menstruales	alteraciones menstruales , con el objetivo de mantener la vida, la salud y el bienestar en su salud sexual y procreativa			Numero de compañeros en el ultimo año	Nominal	<2 parejas =1
						> 2 parejas =0
				usar siempre preservativo	nominal	siempre=1
						otros =0
				Conoce historia sexual de su pareja	nominal	si =1
						No=0
		Detección temprana de cáncer de cuello uterino	Es el conjunto de actividades, procedimiento s e intervenciones que permite identificar en forma oportuna y efectiva la	realizar la citología	intervalo	si=1
						no=0
				reclamar el resultado de la citología	nominal	si=1
				acudir a consulta	nominal	no=0
				si =1		

			enfermedad.	medica		No=0
			Conjunto de actividades e intervenciones que permiten identificar de forma oportuna las alteraciones menstruales	Presenta Trastornos menstruales	nominal	si =1
						No=0
				ciclo menstrual	Nominal	SI = 1
						NO = 0
				Días de sangrado	Nominal	3 a 5 días = 1
						otros =0
				consulta al médico por presentar alteraciones menstruales	Nominal	SI = 1
						NO = 0
				Toma de analgésicos según prescripción medica	Nominal	SI = 1
						NO = 0
			Medidas autocuidado			

8. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información se diseñó un instrumento que evaluó el autocuidado en salud sexual y procreativa que practica la Estudiante de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca Seccional Girardot; antes de la aplicación del mismo, se realizó entrega y explicación del instructivo y del consentimiento informado que la participante leyó, interpretó y dio su autorización de aplicar el instrumento, dejando claro su consentimiento de participar libremente en la investigación, teniendo en cuenta criterios de confidencialidad y privacidad de los datos obtenidos durante la misma

8.1 FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

Corresponde a los aspectos personales de cada estudiante, que consta de preguntas cerradas y respuestas cortas como: edad, estado civil, lugar de procedencia, nivel académico (semestre que cursa), orientación sociocultural y factores del sistema familiar.

8.2 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Se utilizó la misma metodología que el ítem anterior, donde se buscó recolectar información respecto a los Requisitos de Autocuidado que se encuentran inmersos en la salud sexual y procreativa como: prácticas realizadas, aspectos importantes para mantener la salud sexual y Procreativa y creencias, entre otros. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, que específicamente incluye las acciones de prevención y protección que utilizan las mujeres para mantener la salud sexual y procreativa, en este sub proyecto, para las alteraciones menstruales y la detección precoz de cáncer de cuello cervico

uterino.

8.3 EVALUACIÓN DE AUTOCUIDADO

Valora el nivel de autocuidado que tienen las estudiantes, en relación a su salud sexual y procreativa, para ello se diseñaron preguntas con múltiple opción de respuesta, donde las estudiantes seleccionaron las afirmaciones con las que están de acuerdo y se determinará el nivel de autocuidado según el rango de aciertos que hayan tenido.

Los ítems se crearon de acuerdo a la necesidad que tenían las investigadoras para analizar en la muestra el autocuidado de la salud sexual y procreativa, por lo cual, el instrumento fue construido con ese fin. De igual manera para la interpretación de estos rangos de evaluación de la capacidad de autocuidado se realizó un proceso de asignación de puntajes a cada respuesta: de cero (0) si la respuesta es una conducta de riesgo y de uno (1) si es una conducta de autocuidado, según el criterio dado por parte de los expertos y la información presentada en la literatura especializada sobre el tema, con relación a los objetivos de la investigación y las necesidades de las investigadoras y auxiliares de investigación

El instrumento fue propuesto en el marco de la investigación por el grupo de investigación de Cuidado a la mujer, y el Semillero de auxiliares de investigación del Grupo “Cuidando Mujeres” del Programa de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca; fue enviado a expertos en la temática y con base en las observaciones dadas se realizaron las modificaciones pertinentes hasta lograr la versión final de éste, y a través del cual se recolectó la información para establecer el autocuidado en salud sexual y procreativa de las estudiantes del Programa Académico.

Además, el instrumento incluyó variables sociodemográficas y preguntas que pretendían establecer los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y

desviación de la salud, relacionados con la salud sexual y procreativa. Se preguntaron antecedentes de salud sexual y procreativa, exposición a factores de riesgo y establecimiento de factores protectores que permitieran caracterizar a las estudiantes en formación del Programa de Enfermería en relación a su autocuidado para el mantenimiento de la salud sexual y procreativa; por lo cual cuenta con Ítems de caracterización, una sección para establecer los requisitos de autocuidado y preguntas para determinar la agencia de autocuidado; siendo este cuestionario diseñado para ser auto diligenciado.

Se realizó una prueba piloto para evaluar la aplicabilidad de cada ítem, donde se aplicó la encuesta a una muestra de estudiantes del Programa de Administración de Empresas: tres de estas estudiantes de primer a octavo semestre y una de último semestre, estos resultados no se tuvieron en cuenta para el análisis y la tabulación de este proyecto, sino para evaluar aspectos del instrumento y afinarlo antes de iniciar la recolección de información con la población objeto de estudio.

8.4 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El plan de recolección de información se realizó por medio del auto diligenciamiento del instrumento descrito y ya elaborado, para lo cual en el primer periodo de 2014 se dio inicio a la recolección de información en los cuatro primeros semestres del Programa de Enfermería y posteriormente en el segundo periodo se realizó la recolección del total de semestres faltantes, a fin de obtener la información del 100% de la población objeto de estudio en el año 2014, como estaba propuesto en el estudio.

Para la recolección de la información se empleó un tiempo de 20 minutos en el auto diligenciamiento del instrumento, el cual se calculó con base al promedio que se tardaron las estudiantes de la prueba piloto en diligenciarlo. Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó un encuentro semanal, tomando dos horas al día y requiriendo de dos semanas para la recolección completa de la información en los

cuatro primeros semestres, siendo esta información la que se relaciona en este informe. De igual manera se solicitó colaboración a los docentes para permitir el ingreso al aula de clase, explicar brevemente a las estudiantes los objetivos del estudio, solicitar y diligenciar el consentimiento informado, entregar los instrumentos y proceder a recogerlos al terminar su diligenciamiento.

8.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Una vez recolectada la información en los instrumentos aplicados a la población se procedió a organizarlos y agruparlos, de manera que al final se logró realizar un análisis integral y comparativo. La organización y clasificación de estos datos se realizó en una base de datos diseñada en EXCEL, en la cual se consignó la información original y se duplicó la misma en formato evaluativo, donde se dio una valoración numérica a cada ítem evaluado, de manera que se dio el valor de uno (1) a aquellas respuestas que indicaban la realización correcta de la acción de autocuidado, y el valor de cero (0) al incumplimiento de la misma.

Con base en lo anterior, las preguntas se clasificaron de acuerdo a la operacionalización de variables, agrupando cada ítem evaluado según las dimensiones e indicadores planteados, de la siguiente manera:

ÍTEMS EVALUADOS	AUTOCUIDADO	DEFICIT DE AUTOCUIDADO
Detección temprana de cáncer de cuello uterino	2-3	0-1
Prevención de cáncer de cuello uterino	4-5	0-3
Detección alteraciones menstruales	3-4	0-2
Medidas autocuidado	2	0-1
Historial sexual y reproductivo	4-6	0-3

9. MARCO TEÓRICO

La teoría general de enfermería apropiada para esta investigación está basada en la agencia de Autocuidado propuesta por Dorothea E. Orem definiéndola como “un fenómeno activo, que requiere que las personas sean capaces de usar tanto la razón como comprender su estado de salud, tomando habilidades en la toma de decisiones, a fin de elegir un curso apropiado”.¹⁷

La teoría de Orem respecto a la demanda donde se reflejan los cuidados representados en actividades, frecuencia y el tipo de acciones intencionadas que se realizan para alcanzar los requisitos de Autocuidado o unas metas para mejorar la salud de sí mismo. Si el individuo no cumple con estos requisitos, no alcanza las “metas” propuestas se estaría hablando de un déficit de Autocuidado.

El concepto de esta teorista acerca del “Autocuidado va enfocado en de acciones intencionadas y aprendidas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior; mientras que el concepto capacidad de agencia de Autocuidado lo define como la cualidad, aptitud o habilidad de la persona que le permite realizar una acción intencionada para participar en el Autocuidado”; habilidad que es desarrollada en el curso de la vida diaria por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje que incluye: atender, entender, regular, adquirir conocimientos, tomar decisiones y actuar”¹⁸

Sin embargo, el concepto que prevalece en la teoría de Orem es el Autocuidado, el cual consiste en la práctica de las actividades que las personas

¹⁷LÓPEZ AL, GUERRERO S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem investigación Universitaria. 2006; 90-100.

¹⁸RODRIGUEZ GAZQUEZ, M^a de los Ángeles; Yurany Andrea. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia).2015 pp. 183-195

maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo; igualmente, Orem define la actividad de Autocuidado como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

La teoría general de Enfermería está integrada por tres teorías que guardan estrecha relación entre una y otra teoría, estas son:

- Teoría del Autocuidado
- Teoría de sistemas de enfermería
- Teoría del déficit de Autocuidado

9.1 TEORIA DEL AUTOCUIDADO

En esta teoría se expone el concepto de Autocuidado, como una extensión del término poder de realización, presenta tres requisitos necesarios para conservar el Autocuidado, estos son, requisitos universales, requisitos de desarrollo y los de alteraciones o desviaciones de la salud; los requisitos de Autocuidado universales para hombres, mujeres y niño, mediante el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, alimentos, agua, equilibrio entre la actividad y el descanso, un equilibrio entre la interacción social y la soledad, la provisión de cuidado asociado en los procesos de eliminación, la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar y promoción del funcionamiento humano. Los requisitos de Autocuidado de desarrollo hacen parte de las acciones que se desarrollan para promover la vida a lo largo del proceso del ciclo vital, es decir, desde el nacimiento hasta la senectud. En

cuanto a los requisitos frente a la desviación de la salud, Orem visualiza la integralidad de la humanidad más allá del enfoque biomédico, en el que se debe considerar no solo la afectación fisiológica de la persona¹⁹

9.1.1 CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO

Esta es definida por Orem, como “la compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y a los adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación de los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de auto cuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de auto cuidado a lo largo del tiempo”, Agente. Es definida por Dorothea Orem como “la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tienen el poder de comprometerse en un curso de acción”, por tanto se es agente cuando se provee cuidados de salud, ya sea así mismo a otra u otras personas.

9.1.2 CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO

Esta es definida por Orem, como “la compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y a los adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación de los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de auto cuidado, tecnologías,

¹⁹TAYLOR, Susan. Orem, Dorothea: La Teoría enfermera del déficit de autocuidado. En: MARRINER A, RAILE M. Modelos y Teorías en Enfermería. Capítulo 13. 6ª ed. Madrid España El servir España, S.A; 2007. p. 270.

medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de auto cuidado a lo largo del tiempo”, Agente. Es definida por Dorothea Orem como “la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tienen el poder de comprometerse en un curso de acción”, por tanto se es agente cuando se provee cuidados de salud, ya sea así mismo a otra u otras personas.

9.1.3 AGENCIA DE AUTOCUIDADO

La agencia de Autocuidado es descrita como una estructura compleja de capacidades fundamentales que agrupa las habilidades básicas del individuo (sensación, percepción, memoria y orientación), los componentes de poder (capacidades específicas relacionadas con la habilidad del individuo para comprometerse en el Autocuidado). Las operaciones de esta última capacidad, las subdivide en tres tipos: 1) estimativas: se evalúan las condiciones y factores individuales y del medio ambiente que son importantes para su Autocuidado; 2) transicionales: se toman decisiones sobre lo que se debe y puede hacer para mejorarlo; y 3) productivas: se realizan las medidas para satisfacer los requisitos de Autocuidado.

Una vez aclarado que autocuidado debe desarrollarlo el mismo individuo, para que haya un beneficio tanto del mismo como de su entorno, cuyo objetivo va dirigido a proteger la salud, especialmente el bienestar y calidad de vida, es ahí cuando se resalta la importancia de conocer que factores están influyendo en las mujeres del barrio Solaris para que no tengan acciones de autocuidado, teniendo como base que no se trata de desconocimiento de que es el procedimiento, y las consecuencias de no realizárselo con el esquema que corresponde, intervenciones que ya fueron realizadas por un grupo de estudiantes de la universidad de Cundinamarca en el periodo del 2014.

Es importante que desde la enfermería tal como lo resalta la teorista Dorothea Orem, “las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción de liberadora, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación”²⁰. Esto deja claro, que es el personal de enfermería, quien debe estar comprometido directamente con la promoción y prevención de las enfermedades, pero para ello se debe entrar a conocer la perspectiva que tienen las mujeres sobre el mantenimiento de la salud, para así determinar cuál es la agencia de cada una y poder planear la forma más efectiva para que las mujeres tengan una conciencia y orientación más amplia de su salud.²¹

Se debe tener bases y fundamentos que determinen cual es el conocimiento, actitudes y prácticas que las mujeres siguen para su autocuidado y que ponen en práctica, porque no basta solo tener el conocimiento, es de suma importancia hacer que ese conocimiento se vea reflejado en las actividades rutinarias de autocuidado que nos imponemos para mantener un equilibrio adecuado la salud.

Lo que se pretende, es que las mujeres tengan una conexión clara con la visión de su propio ser, la importancia de mantener una buena salud, pero iniciándolo desde su autocuidado, que todas sus acciones estén encaminadas a la búsqueda de su bienestar, que tengan un compromiso frente a lo que es benéfico para ellas.

En el sistema de enfermería se debe crear la necesidad de Autocuidado para que cada persona sea responsable de sí misma, según las capacidades y conocimientos adquiridos, para que también haya una autoevaluación y reconocimiento del momento en el que se necesita ayuda, de esta manera obtener una adecuada regulación y desarrollo de su salud, de igual manera, dar pautas para conseguir una efectiva intervención.

²⁰SOSA ROSAS, María Del Pilar, LOPEZ OLGUÍN, Norberta, Sentido y significancia de prácticas de autocuidado ante el riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres mexicanas, Universidad Nacional Autónoma de México, Vol. 5 N

²¹Modelos y teorías en enfermería, séptima edición Dorothea E. Orem, capítulo 14, pg. 273. Concepto de la teoría de Dorothea Orem, modelos y teorías de enfermería, la teoría de enfermera de déficit del autocuidado.

10. MARCO CONCEPTUAL

10.1 MUJER

El concepto de mujer llega a ser fácil de definir, desde la parte biológica, como aquel ser humano cuya anatomía es femenina; pero esta definición se quedaría muy corta para todo lo que implica ser mujer, desde una perspectiva del papel de ella en sociedad, tal y como lo refiere, Lauretis Teresa “la experiencia de ser mujer consiste en una serie de hábitos que resultan de la interacción entre conceptos, signos y símbolos del mundo cultural externo, por una parte , y las distintas formas de posición que cada una va adoptando internamente, por la otra.”²², es así como se introduce una nueva concepción desde la cual la mujer responde a un entorno socio cultural tal como lo resalta Lamas Marta “nacemos dentro de un tejido cultural donde ya están insertas las valoraciones y creencias sobre lo propio de las mujeres. En la forma de pensarnos, en la construcción de nuestra propia imagen, utilizamos los elementos y las categorías de género que hay en nuestra cultura”²³.

Esa misma cultura en la cual la mujer tiene definido el papel dentro de la sociedad como las encargadas del cuidado de la salud en el adentro. En el caso de la salud sexual y reproductiva son las mujeres las que enseñan a sus hijas los secretos de la menstruación, la higiene asociada a esta y a las relaciones sexuales, los secretos del embarazo y la sexualidad asociada a este, los dolores del parto, el cuidado de los hijos y ya casi al final de vida reproductiva, qué es el climaterio y la menopausia. No obstante, son pocas las que logran incluir en el currículo del tema los placeres de la sexualidad, la diversidad sexual, en especial la orientación sexual y los comportamientos sexuales responsables, seguros y protegidos.²⁴

En Colombia, la mujer no es ajena a seguir ese rol de cuidadora, juega un papel

²² LAURETIS Teresa, las prácticas sexuales de amor: lesbianas sexualidad y perseverancia Universidad de Indiana 1994

²³ LAMAS Marta, Perspectivas feministas y psicoanalíticas sobre la identidad, 1995, p 52.

²⁴ ALFONSO RODRIGUEZ, Ada C. Salud sexual y reproductiva desde la Mirada de las mujeres. *Rev. Cubana Salud Pública* [online]. 2006

muy importante en la construcción de la nación y la sociedad, es por esto que tal como demuestra la ENDS 2010, el nivel de educación de las mujeres influye de manera importante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus actitudes hacia el tamaño ideal de la familia y la práctica de la planificación familiar. Por otro lado, el nivel de educación está positivamente relacionado con la situación socioeconómica, la cual determina la demanda de servicios de salud y de planificación familiar. En esta también se señala que el porcentaje de mujeres que han asistido o completado educación superior en el país aumentó de 20 a 24 por ciento entre el 2005 y el 2010. Los mayores aumentos en la educación superior entre el 2005 y el 2010 ocurrieron en Boyacá- Cundinamarca-Meta (del 13 al 20 por ciento); Bogotá (del 27 al 39 por ciento).²⁵

En la investigación titulada “La mujer colombiana en la universidad y en el mundo del trabajo” se resalta que las mujeres se orientan más a algunos campos de la formación que a otros, parecen tomar la decisión considerando más aspectos culturales formales, que consultando sus propias capacidades y aptitudes personales, resaltando que se desempeñan en carreras como: enfermería, psicología, diseño textil, preescolar, trabajo social, las terapias en general, bacteriología, nutrición y comunicación social.²⁶

10.1.2 ROL DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Al ser líderes en áreas referentes al cuidado de la salud, se resalta que las mujeres tienen en sus manos la atención en salud, especialmente en aquellos campos en los que la intervención está marcada por la atención primaria en salud, incluyendo las acciones de promoción, prevención y atención de bajo riesgo, es la esencia del quehacer profesional de la enfermería. En el campo de la salud sexual

²⁵ PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía en Salud- ENDS; salud sexual y procreativa 2016

²⁶ Bonilla C, Elssy, LA MUJER COLOMBIANA EN LA UNIVERSIDAD Y EN EL MUNDO DEL TRABAJO, 2016. Pág. 51

y reproductiva, la mayor parte de las intervenciones previstas y las más frecuentes, corresponden a este nivel, y para ellas, la formación, las competencias y las aptitudes de las(os) profesionales de enfermería resultan idóneas.... El profesional de enfermería tiene la competencia técnica y la habilidad de apoyar a las mujeres en edad fértil, identificar sus necesidades básicas, planear y desarrollar un cuidado integral basado en la evidencia científica, en un marco ético y fundado en los derechos sexuales y reproductivos, como parte de los derechos humanos que la legislación colombiana reconoce a las mujeres.²⁷

10.1.3 MUJER EN EDAD FÉRTIL

Se entiende por edad fértil en una mujer, al período de tiempo en que una mujer es capaz de procrear. Para fines estadísticos y según la OMS, es la edad comprendida entre el período en que se inicia la menarquia a los 15 años y finaliza con la menopausia a los 50 años.

Obviamente este patrón no es rígido para todas las mujeres; no obstante, la gran mayoría (entre un 97 y un 99%) de los nacimientos se produce durante este intervalo de 35 años.²⁸

10.1.4 SALUD SEXUAL Y PROCREATIVA

La Salud Reproductiva es definida como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994).²⁹ . Es conveniente

²⁷ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer, 2016 pág. 22.

²⁸ SISTEMA DE ESTADÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, Situación de la Mujer, 2016

²⁹ Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos Colombia. 2013 Pág. 142

diferenciar la salud sexual, enfocada a la salud en las relaciones sexuales y la salud reproductiva enfocada a la reproducción sexual y a la procreación.³⁰

10.1.5 CICLO DE VIDA

La sexualidad es un término que abarca procesos físicos, psicológicos y socioculturales, todos ellos fundamentales en la expresión de la sexualidad desde el momento en que se nace hasta la muerte. Esto significa que en cada etapa de la vida está presente el desarrollo de la sexualidad y en cada una de ellas.

El ciclo de vida es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite mejorar el uso de recursos escasos, facilitando la identificación de riesgos y brechas y la priorización de intervenciones claves.

El ciclo vital puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque no deben tomarse en forma absoluta y recordar que existe diversidad individual y cultural. La siguiente clasificación es un ejemplo: in útero y nacimiento, primera infancia (0-5 años), infancia (6 - 11 años), adolescencia (12-18 años), juventud (14 - 26 años), adultez (27 - 59 años) y vejez (60 años y más).

Acercarse al envejecimiento considerando el ciclo vital permite reconocer la heterogeneidad de las personas mayores y cómo ésta aumenta con el tiempo. Las intervenciones que crean ambientes de ayuda y que fomentan opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida. Por ejemplo, un envejecimiento activo es la consecuencia de potenciar las oportunidades de salud,

³⁰ MONROY RUBIANO, Mary Luz, Autocuidado en la higiene genital de las estudiantes de enfermería de primero a cuarto semestre de la universidad de Cundinamarca- seccional Girardot, 2014. Pág. 29

participación y seguridad a lo largo del ciclo de vida buscando un mayor bienestar físico, social y mental acorde con sus necesidades, deseos y capacidades.

El Ciclo de vida aborda las etapas del ciclo vital en términos de la vulnerabilidad producida por la condición etérea; las situaciones de vulnerabilidad (temporales) como por ejemplo el desplazamiento, la pobreza, la enfermedad, afectan a las personas a cualquier edad. Etapas:

- Familia
- Primera Infancia (0-5 años)
- Infancia (6 - 11 años)
- Adolescencia (12 - 18 años)
- Juventud (14 - 26 años)
- Adulthood (27- 59 años)
- Persona Mayor (60 años o más) envejecimiento y vejez³¹

10.1.6 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos (DS-DR) son los mismos Derechos Humanos, interpretados desde la sexualidad y desde la reproducción. Todas las personas, jóvenes, adultas, adolescentes, niños y niñas son sujetos sexuados y por lo tanto titulares de derechos sexuales y reproductivos. El ejercicio de los derechos no es absoluto, tiene como límite los derechos de los demás y el ordenamiento jurídico. Todo ciudadano debe respetar los DS-DR de quienes le rodean. Igualmente, el Estado tiene obligaciones, como garantizar el acceso a información y servicios en SS-SR, al igual que asegurar la calidad, la confidencialidad y la integralidad de los mismos.

Los Derechos Sexuales se engloban en la capacidad de mujeres y hombres de

poder expresar y disfrutar su sexualidad de forma autónoma y responsable, sin riesgo de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, libres de coerción, violencia o discriminación.

Se consideran derechos sexuales:

- Disfrutar de relaciones sexuales satisfactorias.
- La ausencia de toda clase de violencia, coacción o abuso.
- El acceso a servicios de salud sexual que permitan atender y prevenir las infecciones, dolencias y enfermedades que afecten el ejercicio placentero de la sexualidad (incluidas las de infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida).
- Reconocer la diferencia entre sexualidad y reproducción.
- Ser reconocido como un ser sexuado.
- Tener la posibilidad de fortalecer la autoestima y la autonomía para adoptar decisiones sobre la sexualidad.
- Explorar y disfrutar de una vida sexual placentera sin vergüenza, prejuicios, culpa o cualquier otro temor infundado.
- Poder escoger las y los compañeros sexuales.
- Recibir pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales.
- Decidir si se quiere ser sexualmente activo o activa, o no.
- Poder tener relaciones sexuales concertadas.
- Decidir libremente si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si se permanece solo o sola.
- Expresar libre y autónomamente la orientación sexual y la identidad de género que se elige.
- Prevenir un embarazo y protegerse de las infecciones de transmisión sexual.
- Tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad.
- Contar con información oportuna, veraz y completa sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad.

10.1.7 DERECHOS REPRODUCTIVOS

Cada ser humano tiene derecho a decidir si procrear o no, cuántos hijos tener y qué intervalo de tiempo dejar entre ellos.

Esto se llama autonomía reproductiva, y para lograrla es necesario garantizar otros derechos que faciliten la toma de decisiones en este campo. Por ejemplo, la posibilidad de vivir una maternidad sin riesgos, con servicios de salud de calidad, acceder a tratamientos de infertilidad, reproducción asistida y a métodos anticonceptivos modernos (incluyendo la anticoncepción de emergencia).

Los derechos reproductivos son derechos humanos que permiten:

- Decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar.
- Decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padre o madre.
- Decidir libre y responsablemente el número de hijos, y el intervalo que debe haber entre ellos.
- Acceder a métodos anticonceptivos seguros y eficaces (incluida la anticoncepción de emergencia).
- No sufrir discriminaciones o tratos desiguales relacionados con el embarazo, la interrupción de éste o la maternidad.
- Acceder a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia, facilitando las máximas posibilidades de tener hijos sanos.
- Contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva.
- Tener acceso a servicios de calidad y a disfrutar de los beneficios del progreso Científico.
- Disponer de la información, educación y medios para lograr una plena autonomía Reproductiva.³²

El profesional de enfermería como, parte del equipo de salud, cumple una

³² PROFAMILIA, Guía temática en Salud Sexual y Salud Reproductiva, 2016.pág,156-172

importante labor en las acciones encaminadas a la prevención de lesiones pre-neoplásicas y neoplásicas, la detección temprana, seguimiento y control de las mujeres con diagnóstico de este tipo de lesiones; estas acciones tienden a incrementar las posibilidades de curación, disminuir las complicaciones y aumentar el tiempo y calidad de sobrevivida. Son prioridades de salud pública la promoción y el fomento de la salud, tendientes a crear o reforzar conductas y acciones de auto cuidado e informar sobre enfermedades y riesgos para desarrollarlas, factores protectores, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en materia de salud.³³

10.1.8 CITOLOGIA CERVICO UTERINA

Unos de los aspectos que más afecta la relación entre las mujeres y la relación sistema salud es la toma de la citología del cuello uterino o citología Cérvicouterina, consiste en la recolección de células del cuello uterino para observarlas luego al microscopio en búsqueda de cambios celulares que puedan sugerir lesiones precancerosas o cáncer. Es un examen de tamización que se practica a las mujeres asintomáticas, con vida sexual activa, que no hayan sido hysterectomisadas³⁴, según la norma técnica para la detección temprana de cáncer de cuello uterino, este conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos esta dirigidos a las mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa.³⁵

En el cáncer de cuello uterino se define como el crecimiento celular desordenado, sin coordinación con las células normales, se produce muy rápidamente y forma en la mayoría de los casos un tumor maligno o neoplasia. Estas células crecen primero en el sitio de origen y se van expandiendo a otras partes del

³³ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Pág.151

³⁴ PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía en Salud- ENDS; Capitulo XV Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino, Colombia 2010, pág.174-187.

³⁵ MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones pre neoplásicas de cuello uterino, Febrero de 2000, p. 5 - 6

cuerpo, compitiendo con las células normales por energía y nutrientes. En el caso específico del cáncer Cérvicouterina se origina en la zona de transformación, la cual se encuentra a nivel del orificio Cérvicouterina externo donde el epitelio columnar se transforma en escamoso, por medio de la citología cervico uterina se logra la prevención, diagnóstico y control de este, es por esto que es prioritario su detección temprana con el fin de prevenir la formación de lesiones y detener su avance.³⁶

El procedimiento de la toma de citología Cérvicouterina debe ser realizado por un profesional enfermera o medico tal como lo señala la norma técnica, se coloca a la mujer en la mesa ginecológica en posición de litotomía se elige el espejulo del tamaño adecuado según la edad y la paridad. Con la ayuda de un espéculo que facilita la vista del cuello del útero, un cepillo con el que se hace una especie de barrido en la parte interna y una espátula con la que hace lo mismo pero en la parte externa del cuello del útero, se toma una pequeña muestra de células para luego ser analizadas en el laboratorio³⁷

Se considera que la mujer se tomó la citología cervico uterina si cumplió con el esquema 1-1-3; significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año para eliminar los posibles falsos negativos, si esta segunda citología es normal se debe citar a la mujer para otra citología en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo. En los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-3.³⁸

Es por lo anterior que cuando se cumpla a cabalidad con los requerimientos anterior mente mostrados, tal y como como lo indican varios autores entre ellos (Amaya) se da una verdadera prevención del cáncer de cuello uterino, clasificándolo dos formas: la prevención primaria que se caracteriza por la

³⁶ ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER, Cáncer de cuello uterino 2015 pág. 135-168

³⁷, MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Cit., p 5

³⁸MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. cit., p.2-3.

promoción de estilos de vida saludables y comportamientos que minimicen el riesgo de cáncer Cérvicouterina; y la protección específica a través de la vacunación profiláctica contra el VPH; y la prevención secundaria en contraste, tiene que ver con la detección temprana de la enfermedad para prevenir su diseminación, incluyendo el tamizaje de cérvix en busca de anomalías. Su propósito, además de la detección en etapas tempranas, es permitir el manejo de las lesiones de alto grado y así prevenir su potencial progresión a cáncer Cérvicouterina.³⁹

10.1.9 ALTERACIONES MENSTRUALES

➤ Menstruación

La menstruación es el sangrado mensual de una mujer, también denominada periodo. Durante la menstruación, su cuerpo está liberándose del recubrimiento del útero (matriz). La sangre menstrual fluye del útero a través de una pequeña abertura en el cuello uterino, y sale del cuerpo a través de la vagina. Es un proceso normal en las todas las mujeres que es consecuencia de un ciclo que se repite generalmente cada 28 días, dura entre 3 a 5 días e inicia en la pubertad más o menos a los 10 años y termina con la menopausia alrededor de los 45 años.⁴⁰ La primera menstruación o menarca, suele ocurrir entre los 12 y los 14 años de edad. Durante los primeros años luego de haber comenzado, los períodos pueden ser muy irregulares⁴¹.

➤ Órganos que intervienen en la menstruación

El ciclo menstrual incluye las actividades de las hormonas del hipotálamo, de la glándula pituitaria anterior y de los ovarios, y los cambios producidos en los

³⁹ GRANADA, S y WALZER, T. Barreras culturales en la práctica de citología Cérvicouterina. Revista epidemiología 2013 página 6-5.

⁴⁰ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Resource Center

⁴¹ MINISTERIO DE LA SALUD, presidencia de la nación Argentina.

ovarios, el útero, el cérvix y en la temperatura corporal basal (TCB).

- Hipotálamo: La parte del cerebro que, entre otras muchas funciones, libera el “factor liberador” de gonadotropinas (FLGn). Este último regula la liberación de la hormona luteinizante (HL) y de la hormona folículo estimulante (HFE) en la glándula pituitaria anterior.
- Glándula pituitaria anterior: Glándula del tamaño de una lenteja, que se encuentra en la base del cerebro y que está conectada con el hipotálamo. Entre muchas otras funciones, esta glándula produce, almacena y libera la HFE y la HL.
- Ovarios: Par de glándulas femeninas que producen los óvulos y las hormonas sexuales femeninas, estrógeno y progesterona.
- Ovulo: Huevo no fecundado. La célula reproductiva femenina que, una vez fecundada por el espermatozoide masculino, puede producir un nuevo individuo de la misma especie.
- Folículo ovárico: Pequeña bolsa que contiene el óvulo en el ovario. Al comienzo de cada ciclo menstrual, varios óvulos empiezan a madurar. Un óvulo madura completamente y luego lo libera el folículo ovárico dominante. Cada mujer, al nacer, tiene aproximadamente 600.000 folículos en cada ovario. A lo largo de su vida, solamente unos 400 óvulos maduran completamente. Los restantes se disuelven y los reabsorbe el ovario.
- Cuerpo lúteo: Cuerpo amarillo. Después de la ovulación, el folículo ovárico dominante se transforma en el cuerpo lúteo, el cual produce pequeñas cantidades de estrógeno y grandes cantidades de progesterona.
- Trompas de Falopio (también llamadas trompas uterinas): Dos tubos largos y angostos, que conectan con el útero, por donde se desplazan los óvulos desde los ovarios hacia el útero. Este es el órgano donde el espermatozoide encuentra al óvulo y donde ocurre la fecundación.

- Útero: Órgano muscular hueco, ubicado en la pelvis de la mujer, dentro del cual crece y se desarrolla el óvulo fecundado, durante el embarazo. Cuando el óvulo no es fecundado, el revestimiento del útero se desprende durante la menstruación.
- Endometrio: Membrana mucosa que reviste la pared interior del útero.
- Cérvix: Cuello (entrada) del útero.
- Vagina: Canal genital femenino, que se extiende desde el cérvix (cuello) del útero hasta la vulva. Es el canal por donde nacen los bebés y sale el flujo menstrual⁴².

➤ **Alteraciones menstruales**

Los trastornos menstruales constituyen una entidad clínica que se presenta frecuentemente durante los años de la adolescencia. En los primeros cinco años después de la menarquia, los ciclos menstruales anovulatorios asociados a la inmadurez del eje hipotálamo –hipófisis– ovario, son la causa más común de dichos trastornos. Otras condiciones patológicas tales como anomalías del tracto de salida, alteraciones gonadales, alteraciones del área hipotálamo-hipófisis, factores relacionados al estilo de vida, infecciones y otras enfermedades sistémicas pueden asociarse también a estos trastornos menstruales por lo que deben ser considerados como posibles diagnósticos diferenciales. El conocimiento de la fisiología del ciclo menstrual, así como todos los eventos asociados al periodo peri menarquia, son fundamentales para desarrollar protocolos de diagnóstico y tratamiento adecuado en las adolescentes⁴³

Los trastornos de la menstruación son diversos y se presentan en muchas mujeres durante su ciclo menstrual, tienen manifestaciones similares y tienen que ver con el ritmo y la cantidad de sangrado. Es muy importante que cada mujer conozca bien su ciclo menstrual y sepa diferenciar entre este proceso y

⁴² PROFAMILIA Colombia. Entrenamiento estrova gel Agosto 2016

⁴³ ZERPA DE MILIANI Yajaira Trastornos menstruales de la adolescente, servicio de endocrinología del instituto autónomo. Hospital Universitario de los Andes, Merida – Venezuela

un problema que debe ser tratado y vigilado por el ginecólogo. No existe una clasificación precisa de los trastornos del ciclo menstrual, pero se puede utilizar la que puede dividir los problemas en grandes grupos: los del ritmo, la frecuencia y los de la cantidad.

- Entre los trastornos del ritmo o frecuencia, están:
 - **Amenorrea:** ausencia de 2 o más ciclos menstruales consecutivos.
 - **Proiomenorrea:** ciclos de menos de 25 días o adelanto de más de 5 días en la aparición del sangrado menstrual.
 - **Opsomenorrea:** ciclos de más de 35 días o retraso de más de 5 días en el inicio de la menstruación.

- Entre las alteraciones en la duración:
 - **Polimenorrea:** sangrado menstrual de más de 8 días de duración.
 - **Oligomenorrea:** sangrado menstrual menor de 3 días de duración.

- Entre las alteraciones en la cantidad:
 - **Hipermenorrea:** aumento considerable en la cantidad del sangrado menstrual habitual.
 - **Hipomenorrea:** disminución marcada en la cantidad habitual del sangrado menstrual.⁴⁴

⁴⁴ AGUILAR COBO Davinia, Alteraciones menstruales 2012

11. MARCO LEGAL

11.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991

- Artículo 11: El derecho a la vida es inviolable
- Artículo 15: Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas.
- Artículo 16: Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico.
- Artículo 43: La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades.
- La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.

11.1.2 LEY 100 DE 1993

La ley reúne las normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas para garantizar la calidad de vida. Mediante ella se establecen los siguientes frentes: Sistema General de Pensiones, Sistema General de Seguridad Social en salud, Sistema General de Riesgos Profesionales y los Servicios Sociales Complementarios.

11.1.3 LEY 1098 DE 2006- CODIGO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Tiene por finalidad garantizar a niños, niñas y adolescentes su pleno y armonioso desarrollo, el reconocimiento a la igualdad y a la dignidad humana y las medidas

de protección integral de los infantes y adolescentes a través de un sistema de derechos y garantías, de políticas públicas y de restablecimiento de los derechos. Enuncia que entre las obligaciones de la familia está el “formar y promover el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos y colaborar con la escuela en la educación sobre este tema”, y como obligaciones del estado prevenir y atender la violencia sexual, las violencias dentro de la familia y el maltrato infantil, promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos y orientar a la comunidad educativa en la formación en salud sexual y reproductiva y la vida en pareja. Como obligaciones del Sistema de Seguridad Social en Salud, establece la de garantizar el acceso gratuito de adolescentes y jóvenes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva; desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado; la protección especializada y el apoyo prioritario a las madres adolescentes.

11.1.4 LEY 1122 DE 2007

En su Artículo 33 enuncia “en el Plan Nacional de Salud Pública se encuentra prevista la promoción de la salud sexual y reproductiva”. Es obligación del estado garantizar los derechos y exigir los deberes del ciudadano consagrados en la Constitución Política de Colombia.

11.1.5 RESOLUCIÓN 412 DE 2000

Adopta las normas técnicas y guías de atención que definen las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica (norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones pre neoplásicas de cuello uterino y norma técnica para la detección temprana del cáncer de seno)

11.1.6 POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 2002-2006

Establece la necesidad de mejorar la SSR y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas.

11.1.7 ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD (ENDS) 2010 Y 2015

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud es un documento que Profanilla publica cada cinco años desde 1990 en el que se recoge información sobre la dimensión, estructura, evolución, dinámicas y características generales de la población colombiana en el ámbito de salud sexual y reproductiva y otros temas relativos a la salud.⁴⁵

11.1.8. PLAN NACIONAL PARA LA DETECCIÓN DEL CANCER EN COLOMBIA 2012- 2020

Se abordan los aspectos políticos y normativos más importantes relacionados con las propuestas relacionadas con el plan de decenal, de acuerdo a cada uno de los objetivos del Modelo para el control para el CANCER y se establecen líneas estratégicas.

11.1.9. RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA CANCER DE CUELLO UTERINO

El cáncer de cuello uterino es la segunda causa de enfermedad y muerte por

⁴⁵ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Pág.85

cáncer en las mujeres colombianas (Ferlay J et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cáncer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cáncer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cáncer; 2013). A diferencia de otros cánceres, el de cuello uterino cuenta con un agente causal necesario, más no suficiente: el virus del papiloma humano (VPH); se estima que cerca del 100% de los casos de este tipo de cáncer es atribuido a la infección persistente del VPH, así mismo, la infección por este virus es responsable de al menos el 43% de los casos de cáncer vulvar, 70% del cáncer de vagina, 88% del cáncer anal y 50% de los cánceres de pene. Aunque hay más de 100 tipos de VPH, los tipos de VPH 16 y 18 causan aproximadamente el 70% de todos los cánceres de cuello uterino y al rededor del 90% de otros tipos de cáncer relacionados con la infección por este virus (Jemal A, et al. El Atlas del Cáncer. Segunda edición. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2014).

En este sentido, la infección por VPH se ve favorecida por la promiscuidad sexual; adicionalmente, se ha identificado que este tipo de cáncer es más frecuente en mujeres de bajo nivel socioeconómico con vida sexual activa y alta multiparidad; así mismo, está fuertemente asociado con la edad temprana a la primera relación sexual y múltiples compañeros sexuales tanto en las mujeres como en sus parejas (Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. Norma Técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones pre neoplásicas de cuello uterino).

Este tipo de cáncer sigue siendo la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres de regiones del mundo menos desarrolladas, donde la tamización y los tratamientos están a menudo limitados o no se encuentran disponibles. (Jemal A, et al. El Atlas del Cáncer. Segunda edición. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2014).

Para el control del cáncer de cuello uterino, la evidencia ha determinado acciones contundentes desde la prevención primaria, la detección temprana, el diagnóstico,

el tratamiento y la rehabilitación. De esta manera, en los últimos años la introducción de la vacuna tetravalente contra el VPH, como medida de prevención primaria eficaz y segura, cuya población objetivo son las niñas y adolescentes entre 7 y 17 años, busca reducir la incidencia del cáncer de cuello uterino en la población, especialmente en aquella perteneciente a países en vías de desarrollo, sumado a esto la evidencia indica que la transmisión de este tipo de virus se puede prevenir, mediante la mejora en las condiciones de higiene y en la educación de las personas para modificar sus comportamientos de alto riesgo (Jemal A, et al. El Atlas del Cáncer. Segunda edición. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2014).

La detección temprana del cáncer de cuello uterino corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres (Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. Norma Técnica para la detección temprana Del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones pre neoplásicas de cuello uterino) entre 25 y 65 años o menores de 25 años que ante la presencia de factores de riesgo y de acuerdo con el criterio médico ameriten la realización de una prueba de tamización. La finalidad es detectar la enfermedad en estadios tempranos, cuando la posibilidad de supervivencia y curación es alta. En la actualidad se dispone de tres tecnologías para la tamización de cáncer de cuello uterino, a saber: la citología, las pruebas de ADN-VPH y las técnicas de inspección visual con ácido acético y Lugo

11.2 MARCO CURRICULAR DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

11.2.1 PROGRAMA DE ENFERMERÍA

El programa de enfermería de la universidad de Cundinamarca se encuentra

funcionando en la seccional Girardot, en la carrera 19# 24 – 209, barrió Gaitán de esta ciudad. Su nivel de formación es profesional universitario, otorgando el título de enfermero (a) a los egresados del mismo, manejando una metodología netamente presencial, con una duración estimada de 10 semestres académicos, contando con 160 créditos académicos y cuya modalidad de periodicidad de admisión es semestral. El programa se encuentra aprobado por la resolución de registro calificado MEN-19497 del 14 de noviembre de 2014, según norma interna de creación ordenanza 14 de diciembre 11 de 1972 y numero SNIES 898.

11.2.2 MISIÓN DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA

El Programa de Enfermería, adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cundinamarca, asume el proceso de formación de profesionales como un espacio de construcción de significados y sentidos, pero fundamentalmente como un proceso de desarrollo humano; sustentado en el reconocimiento del carácter consiente (por tanto holístico, dialéctico) y contextualizado de la formación del enfermero comprometidos social y profesionalmente, flexibles en el manejo de la cultura y trascendentes en su contexto, destacando el desarrollo de actitudes y valores, especialmente éticos.

11.2.3 VISIÓN DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA

El Programa de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca, es responsable de liderar en el Departamento de Cundinamarca la formación de Profesionales de Enfermería, con potencial laboral, científico y tecnológico, con altas cualidades humanas, científicas, investigativas y sociales para contribuir en la solución de los problemas y necesidades de salud y de enfermería. En este proceso tomará la calidad, expresada en el liderazgo, pertenencia, pertinencia e impacto de su

egresados que le permitan competir en el ámbito profesional y social, cada vez más globalizado, sustentados en sus competencias profesionales, básicas, investigativas y humanísticas, con una amplia cultura profesional, y un compromiso con las necesidades del contexto.

11.2.4 PROPOSITO DE LA FORMACIÓN

Formar holística y contextualmente, profesionales de enfermería caracterizados por el desarrollo de competencias profesionales, básicas y generales (investigativas y socio-humanísticas), donde se enfatice el desarrollo de valores, actitudes y capacidades que le permitan asumir los procesos para la asistencia integral humanizada y ética; de la gestión de enfermería y salud; de la investigación en enfermería y salud y de la educación en enfermería y en salud, con una visión transdisciplinaria e intersectorial para contribuir a la solución de la problemática social y de enfermería.

Propiciar los espacios y procesos que permitan al estudiante el desarrollo humano y de las competencias profesionales básicas y generales (investigativas y socio-humanísticas), en la perspectiva de ofrecer graduados comprometidos social y profesionalmente, flexibles en el manejo de la cultura y trascendentes en su contexto.

Fomentar en los estudiantes el desarrollo del liderazgo, la autonomía, la autoestima, el empoderamiento, la capacidad indagativa, innovadora y gerencial para desarrollar los procesos de enfermería a la persona, a la familia y grupos comunitarios, centrados en el reconocimiento del valor y la dignidad de la persona así como de sus necesidades y derechos.⁴⁶

⁴⁶ UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA. Programa de Enfermería. Documento Curricular Macro diseño. 2003, ajustado 2009.

11.2.5 PERFIL PROFESIONAL

Gestor integral de procesos que se generan al interior de las organizaciones con capacidad investigativa, conocimiento del contexto global y de los negocios.

Competente para generar estrategias que contribuyan al mejoramiento continuo de las empresas con sentido ético, responsabilidad social y ambiental.

11.2.6 PERFIL OCUPACIONAL

El Enfermero de la Universidad de Cundinamarca estará capacitado para desempeñarse dentro de su práctica social en los ámbitos público, privado y ejercicio independiente de la profesión en los diferentes niveles de promoción, prevención y atención desarrollando funciones asistenciales, de gestión, investigación y docencia.

- Cuidar la salud de la persona, familia y comunidad en forma personalizada, integral y continua, tomando en cuenta sus necesidades y respetando sus valores, costumbres y creencias en los diferentes servicios, especialidades e instituciones que conforma el Sistema General de Salud.
- Diseñar, planear y ejecutar junto al equipo de salud programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las diferentes instituciones que conforman el Sistema General de Salud.
- Organizar, dirigir, controlar y evaluar los servicios de enfermería en las instituciones de salud.
- Dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los grupos más vulnerables de la población y a los riesgos prioritarios en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
- Dirigir facultades, escuelas de enfermería, instituciones, departamentos, carreras o Programas que funcionen en las universidades y organismos educativos y cuya función se relacione con la formación básica del profesional de enfermería.

- Organizar, dirigir, controlar y evaluar las instituciones, centros o unidades de enfermería que presten sus servicios especiales en el hogar, comunidad, clínicas u hospitales en las diversas áreas de atención en salud.
- Coordinar programas de salud y educación a nivel ambulatorio y hospitalario.
- Proponer y ejecutar proyectos de investigación en los diferentes campos de desempeño comunitario, institucional, asistencial, formando parte de equipos interdisciplinarios, interinstitucionales e intersectoriales.
- Dirigir grupos de investigación en Enfermería promoviendo el mejoramiento de la calidad de vida la persona, familia y comunidad.
- Asesorar o implementar programas de educación en salud dirigidos a otros profesionales o grupos comunitarios.
- Formar recurso humano en salud a nivel técnico, tecnológico y profesional.
- Dirigir Programas en instituciones formadoras del recurso humano en salud a nivel técnico, tecnológico y profesional.
- Gestionar proyectos de educación continua y educación en servicio en el área de enfermería u otras pertinentes del área de la salud.
- Crear, dirigir y evaluar planes, programas y proyectos a nivel de educación en salud, asistencial y de investigación en los ámbitos clínicos y comunitarios promoviendo conductas cuidantes en salud sexual y pro creativas en los diferentes grupos poblacionales.
- Gerencia programas y/o proyectos orientados hacia el cuidado de enfermería en la persona en su ámbito laboral, a nivel de promoción, educación e investigación, contribuyendo en el mejoramiento de su calidad de vida, del medio ambiente y de los colectivos.
- Desarrollar de actividades del Plan de Salud Pública – Proyecto Salud Laboral.
- Participar en los procesos de Habilitación y Acreditación de las diferentes IPS.
- Gestionar el proceso administrativo y de auditoría de la calidad de los Procesos de Enfermería en una Unidad, Servicio o Programa de Salud.

- Gestionar Planes, Programas y Proyectos relacionados con la calidad y Auditoria de los servicios de Enfermería.⁴⁷

⁴⁷ UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA mayo 2016

12. MARCO ÉTICO

12.1 LEY 266 DE 1996 (ENERO 25)

Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.⁴⁸

- **ARTÍCULO 1o. OBJETO.** La presente Ley reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.
- **ARTÍCULO 2o. PRINCIPIOS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL.** Son principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos.

Son principios específicos de la práctica de enfermería los siguientes:

1. **Integralidad.** Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.
 2. **Individualidad.** Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.
 3. **Dialogicidad.** Fundamenta la interrelación enfermera-paciente, familia,
-

comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

4. **Calidad.** Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos.

La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.

5. **Continuidad.** Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los períodos de salud y de enfermedad.

Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan, o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones.

PARÁGRAFO. La práctica de enfermería se fundamenta en general en los principios éticos y morales y en el respeto de los Derechos Humanos.

• **ARTÍCULO 40. ÁMBITO DEL EJERCICIO PROFESIONAL**

El profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y actualizada mediante la experiencia, la investigación y la educación continua. El profesional de enfermería ejerce sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud.

- **ARTÍCULO 10. DEL TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA.**

Créase el Tribunal Nacional Ético de Enfermería, con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios, ético-profesionales que se presenten en la práctica de quienes ejercen la enfermería en Colombia.

- **ARTÍCULO 16. ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.**

La Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, es un organismo autorizado para realizar la acreditación de los programas universitarios de enfermería de pregrado y postgrado, ofrecidos por las instituciones de educación superior en Colombia.

En tal virtud, sin perjuicio de su propia estructura organizativa, la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, establecerá la organización y los mecanismos para el cumplimiento del propósito del sistema de acreditación de los programas educativos, en concordancia con las disposiciones legales vigentes.

- **ARTÍCULO 17. LAS COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA.**

De acuerdo con los principios, definición, propósito, ámbito y naturaleza social del ejercicio y para efectos de la presente Ley, el profesional de enfermería ejercerá las siguientes competencias:

1. Participar en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas, programas, planes y proyectos de atención en salud y enfermería.
2. Establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud.

3. Definir y aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de enfermería.
4. Dirigir los servicios de salud y de enfermería.
5. Dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los grupos más vulnerables de la población y a los riesgos prioritarios en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
6. Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas.

• **ARTÍCULO 20. LOS DEBERES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Son deberes del profesional de enfermería, los siguientes:

1. Brindar atención integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de su práctica establecidos en esta Ley, y para tal fin deberá coordinar su labor con otros profesionales idóneos del equipo de salud.
2. Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición.
3. Orientar su actuación conforme a lo establecido en la presente Ley y de acuerdo a los principios del Código de Ética de Enfermería que se adopte en Colombia, o en su defecto por los principios del Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería, CIE.
4. Organizar, dirigir, controlar y evaluar la prestación de los servicios de salud y de enfermería del personal que intervenga en su ejecución.
5. Velar porque las instituciones cuya función sea prestar servicios de salud, conformen la planta de personal de enfermería de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentaciones respectivas, y cuenten con los recursos necesarios para una atención de calidad.

- **ARTÍCULO 21. LOS DERECHOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.**

Son derechos del profesional de enfermería:

1. Tener un ambiente de trabajo sano y seguro para su salud física, mental e integridad personal.
2. Recibir un trato digno, justo y respetuoso. El ejercicio de la enfermería estará amparado por las normas constitucionales y legales, por las recomendaciones y convenios nacionales internacionales.
3. Acceder y recibir oportunidades de progreso profesional y social.
4. Ejercer dentro del marco del Código de Ética de Enfermería.
5. Proponer innovaciones al sistema de atención en salud y de enfermería.
6. Contar con los recursos humanos y materiales necesarios y adecuados para cumplir con sus funciones de manera segura y eficaz, que le permitan atender dignamente a quien recibe sus servicios.
7. Como profesional universitario y como profesional postgraduado de acuerdo a los títulos que acredite, tiene derecho a ser ubicado en los escalafones correspondientes en el sistema de salud, educación y otros.
8. Tener derechos a condiciones de trabajo que aseguren una atención de enfermería de calidad para toda la población colombiana.
9. Definir y percibir un escalafón salarial profesional, que tenga como base una remuneración equitativa, vital y dinámica, proporcional a la jerarquía científica, calidad, responsabilidad y condiciones de trabajo que su ejercicio demanda.

12.1.2 LEY 911 DE 2004 (OCTUBRE 05)

Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

- **ARTÍCULO 1o.** El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a

sus derechos, sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería.

- **ARTÍCULO 2o.** Además de los principios que se enuncian en la Ley 266 de 1996, capítulo I, artículo 2o, los principios éticos de Beneficencia, No-Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica - profesional de la enfermería en Colombia.
- **ARTÍCULO 3o.** El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.
- Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno.
- Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.
- **ARTÍCULO 6o.** El profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería.
- **ARTÍCULO 9o.** Es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica. La violación de este artículo constituye falta grave.

- **ARTÍCULO 10.** El profesional de enfermería, dentro de las prácticas de cuidado, debe abogar por que se respeten los derechos de los seres humanos, especialmente de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía.
- **ARTÍCULO 12.** En concordancia con los principios de respeto a la dignidad de los seres humanos y a su derecho a la integridad genética, física, espiritual y psíquica, el profesional de enfermería no debe participar directa o indirectamente en tratos crueles, inhumanos, degradantes o discriminatorios. La violación de este artículo constituye falta grave.
- **ARTÍCULO 29.** En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales.

11.1.3 LEY 29 DE 1990 (FEBRERO 27)

Por la cual se dictan disposiciones para el fomento de la investigación científica y el desarrollo tecnológico y se otorgan facultades extraordinarias.

- **Artículo 1º.-** Corresponde al Estado promover y orientar el adelanto científico y tecnológico y, por lo mismo, está obligado a incorporar la ciencia y la tecnología a los planes y programas de desarrollo económico y social del país y a formular planes de ciencia y tecnología tanto para el mediano como para el largo plazo. Así mismo, deberá establecer los mecanismos de relación entre sus actividades de desarrollo científico y tecnológico y las que, en los mismos campos, adelanten la universidad, la comunidad científica y el sector privado colombianos.
- **Artículo 2º.-** La acción del Estado en esta materia se dirigirá a crear condiciones favorables para la generación de conocimiento científico y

tecnología nacionales; a estimular la capacidad innovadora del sector productivo; a orientar la importación selectiva de tecnología aplicable a la producción nacional; a fortalecer los servicios de apoyo a la investigación científica y al desarrollo tecnológico; a organizar un sistema nacional de información científica y tecnológica; a consolidar el sistema institucional respectivo y, en general, a dar incentivos a la creatividad, aprovechando sus producciones en el mejoramiento de la vida y la cultura del pueblo.⁴⁹

⁴⁹ MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES DE COLOMBIA 2016

RESULTADOS

13. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

13.1 Caracterización sociodemográfica

La muestra analizada es de 267 de estudiantes mujeres, equivalente a un 92.38% de la población total de estudiantes de Enfermería de I a X semestre, para el periodo estudiado. Las participantes de este estudio, se encuentran en un rango de edad entre 17, 40 años, de esta muestra, la edad más representativa fue la comprendida entre los 18 a los 23 años con el 73%, con el 20% quienes tenían de 24 a 30 años y se encuentra poco representada, por quienes tenían entre 31 y 40 años, correspondiente a un 6%.

Los intervalos de edad se establecieron acorde al ciclo vital. La relación que hay entre la edad y el estado civil, evidencia que el estado civil más destacado es soltera con el 81% presentado en mayor proporción en los rangos de edad entre 17 a 21 años y 22 a 29 años, en segundo lugar se encontró la Unión libre con el 12.73% que se destaca en el rango de edad entre los 30- 40 años; el estado civil casada está representado en un 5,24% de las participantes entre los 22 a 29 años y por último, el estado civil separada representa un 1.12% y se encuentra dividido equitativamente en los tres rangos de edad establecidos. (Figura 1), se encontró que la tendencia de las estudiantes entre los 24 y 40 años, respecto al estado civil casada y unión libre, se encuentran dentro del rango de edad promedio para sostener la primera unión conyugal según la Encuesta Nacional Demográfica en Salud (ENDS 2010), en la cual se determinó que a medida que aumenta el nivel educativo, aumenta la edad la primera unión.⁵⁰

⁵⁰PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía en Salud- ENDS 2015 Año 2017. P. 153.

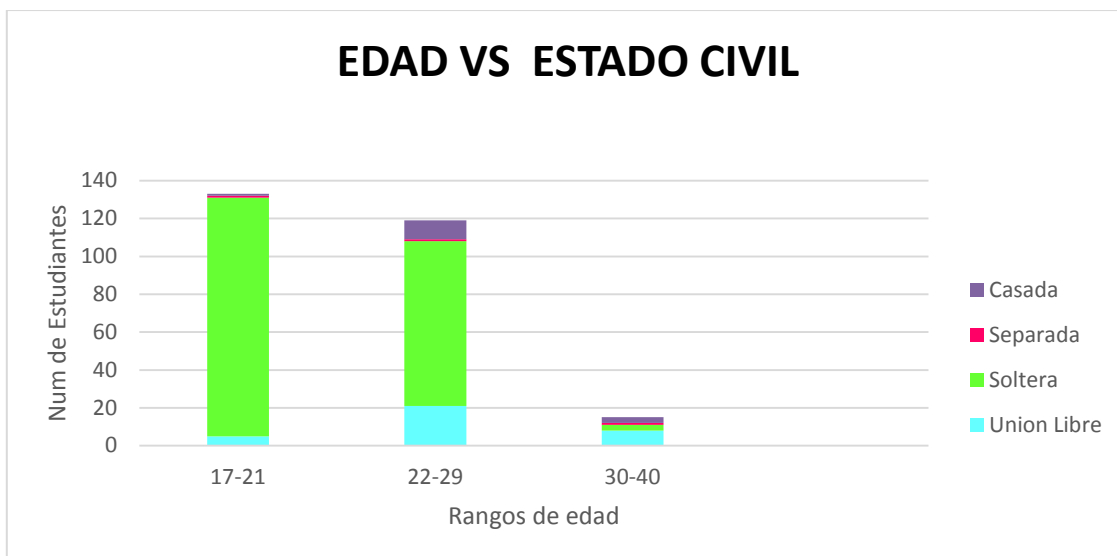


Figura 1: Distribución según su estado civil y el rango de edad.

En relación al lugar de procedencia, gran parte de la muestra es oriunda del Departamento de Cundinamarca representado con un 60.67%, seguido de Tolima con un 33.71%, el resto del País con un 5.25%, hay una estudiante de intercambio para un 0,37%. La tipología familiar que se destaca es la nuclear con 79.40%, teniendo en cuenta que la Universidad de Cundinamarca está ubicada en la ciudad de Girardot Cundinamarca gran parte de las estudiantes provenientes de zonas aledañas viven con su núcleo familiar, seguido de la tipología familiar Unipersonal representada con un 11.24% que son estudiantes que viven en arriendo debido a que son provenientes de otras ciudades, la familia extendida se presenta en un 3.75%, principalmente relacionado a la estadía durante el periodo académico con familiares que residen en Girardot y las que marcaron la opción de que incluye vivir con compañeros o amigos se presentó en un 5.24% .

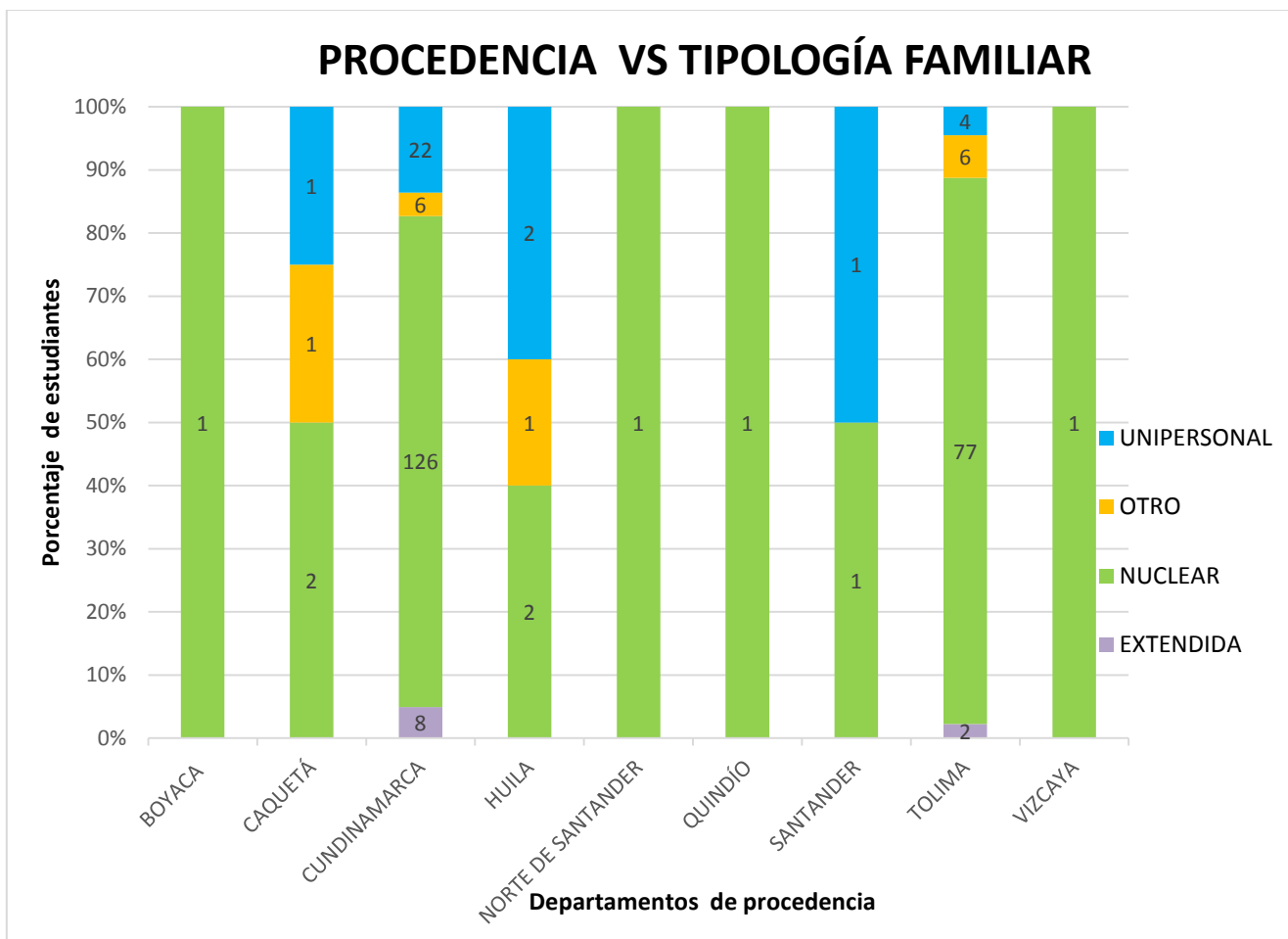


Figura 2: Distribución según su procedencia y tipología familiar.

Con relación al tipo régimen de la afiliación al SGSSS, se evidencia que en la zona rural solo se presente el régimen subsidiado y contributivo, predominando el régimen subsidiado con una 35.21% mientras que el régimen contributivo se presenta 2.25%, a diferencia de la zona urbana, donde predomina el régimen contributivo con un 55.81 %, seguido del régimen subsidiado con un 35.21% y la afiliación especial, se presenta en una proporción mucho menor con 1.12% al igual que afiliación a medicina prepagada que se presenta con un 0.37% que corresponde a una estudiante.

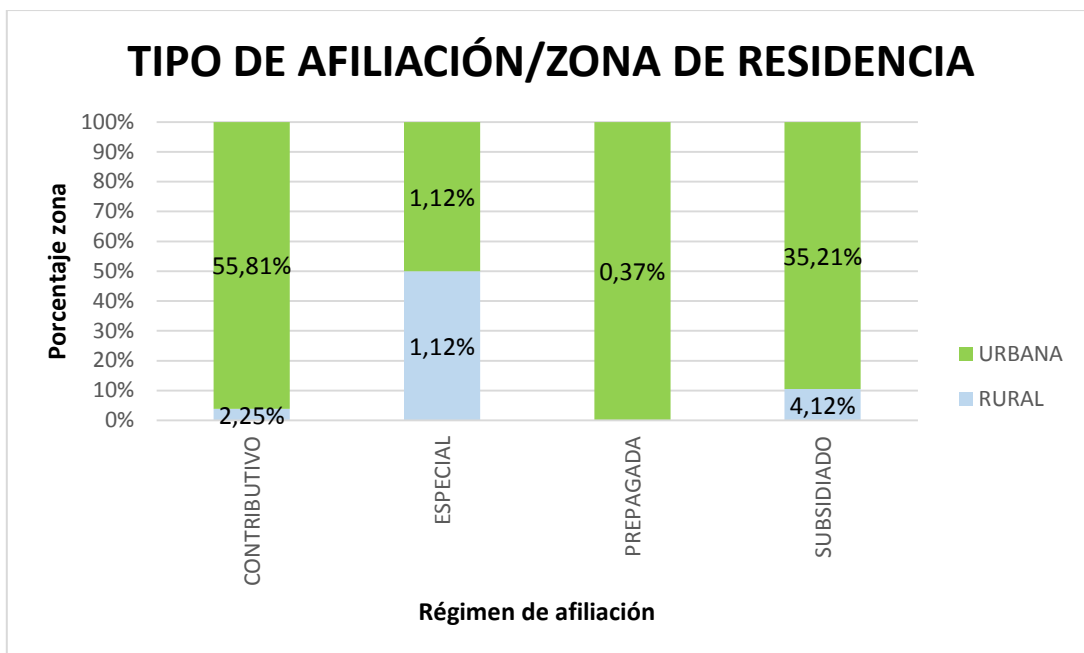


Figura 3: Tipo de afiliación al SGSSS y la zona de residencia

13.2 Historial sexual y reproductivo

1.3.2.1 Edad de menarca se establece como factor de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino, según la literatura científica.

Un estudio realizado en la Habana (2012) de tipo caso-control, en la que la edad media de la menarquía fue de 12,6 años en los casos y 11,5 en los controles. Se determinó que a mayor edad de la menarquía se incrementa significativamente el riesgo de padecer cáncer cervico uterino, siendo éste 43 veces mayor en las que comenzaron su menarquía después de los 12 años.⁵¹ En otro estudio realizado en Boston con 230 pacientes que presentaron cáncer de cérvix, los autores encontraron cinco factores de riesgo significativamente asociados entre ellos, menarquía precoz (< 12años)⁵², lo anterior relacionado con el hecho de que en una menarquía precoz la posibilidad de desarrollar cáncer de cérvix aumenta

⁵¹ Dr. Armando Rodríguez Salvá,¹ Dr. Ángel A. Echavarría Aguilera,² Dr. Pedro Murlá Alonso³ y Dr. Carlos Vázquez González², Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro, Rev. Cubana Hig Epidemiol v.37 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2010, consultado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30031999000100007#autores consultado el 31 enero de 2017

⁵² Patil V, Wahab SN, Zadpey S, Vasudeo ND. Development and validation of risk scoring system for prediction of cancer cervix. Indian J Public Health. 2006;50(1):38-42, consultado en http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_2_08/gin07208.htm consultado el 31 enero de 2017

debido a que las adolescentes la interpretan como madurez biológica, inicio de la vida adulta y mayor posibilidad de contactos sexuales.⁵³

En las estudiantes de la universidad de Cundinamarca, la edad de la menarquia más frecuente fue 12 años con un porcentaje del 30,83%; el 72,93% de las estudiantes tuvieron la menarquia entre los de 12 a 15 años, convirtiéndose en un factor protector para no desarrollar cáncer de cuello uterino, el 27,07% restante tienen el factor de riesgo al haber tenido al menarquia antes de los 12 años o después de los 15 años.

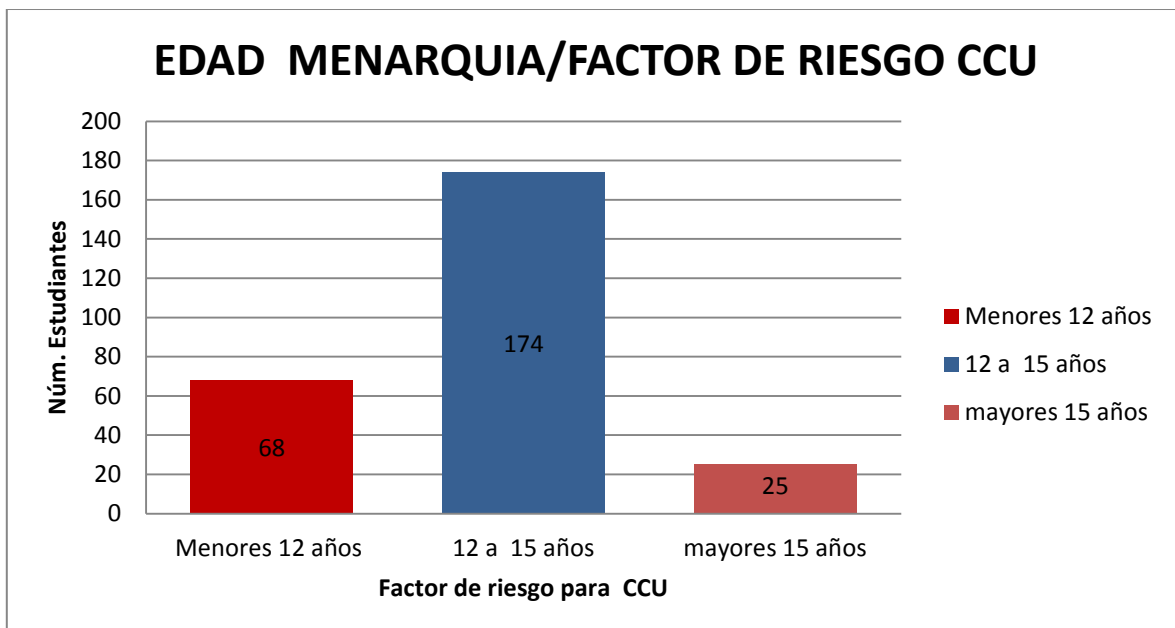


Figura 4: Distribución según edad de la menarquia y factor de riesgo para cáncer de cuello uterino.

1.3.2.2 la gestación como antecedente importante al determinar el riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino Se tiene en cuenta el antecedente de gestación por la relación encontrada con el cáncer cervicouterino, de las estudiantes que participaron en este estudio, 175 de ellas, que corresponde al

⁵³ Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR Recomm Rep 2006; 55:1 consultado en http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/452/1/Cabrera_aj.pdf consultado el 31 de enero de 2017

65,54% relacionaron nunca haber estado en gestación y 72 estudiantes que corresponde al 26,96% han estado en gestación; según la revisión en literatura científica la relación del cáncer de cuello uterino y la paridad, es importante especialmente a mayor número de gestaciones como se relaciona en el estudio realizado en México por Iñiguez y otros, que logró establecer que las mujeres con dos o más hijos, tienen un riesgo del 80% mayor respecto a las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; adicionalmente, identificaron que luego de cuatro hijos el riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce, aumenta en cinco veces el riesgo. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal, aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH.⁵⁴

Otro estudio realizado en la Habana (2010) de metodología caso control, determinó que la edad en el primer parto tiene una media de 20 y 22 años para casos y controles, respectivamente. A menor edad en el primer parto aumenta de forma significativa el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino (13 veces mayor en menores de 20 años). A mayor número de partos el riesgo aumenta 9,4 veces más en las mujeres con 5 o más partos. La media del total de partos en los casos fue 2,9 y en el grupo control 2,2.⁵⁵

Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término, tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Nadie sabe realmente la razón de esto. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo, podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más

54 IÑIGUEZ MS, Toledo-Cisneros R, Aguilera-Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. Salud Pública 2011

55 Dr. Armando Rodríguez Salvá,¹ Dr. Ángel A. Echavarría Aguilera,² Dr. Pedro Murlá Alonso³ y Dr. Carlos Vázquez González², Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro, Rev Cubana Hig Epidemiol v.37 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2010,

débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral⁵⁶

Podemos inferir, que el riesgo de presentar cáncer de cuello uterino en las estudiantes de enfermería, asociado a la gestación no es significativo por cuanto a pesar de que el 26,96% han estado en gestación, el 72% lo han estado solo una vez, el 2,6 % han tenido más de dos gestaciones, lo que indica que no es significativa para el 97,4% de las estudiantes de enfermería, la relación de riesgo de padecer cáncer asociado a número de gestaciones

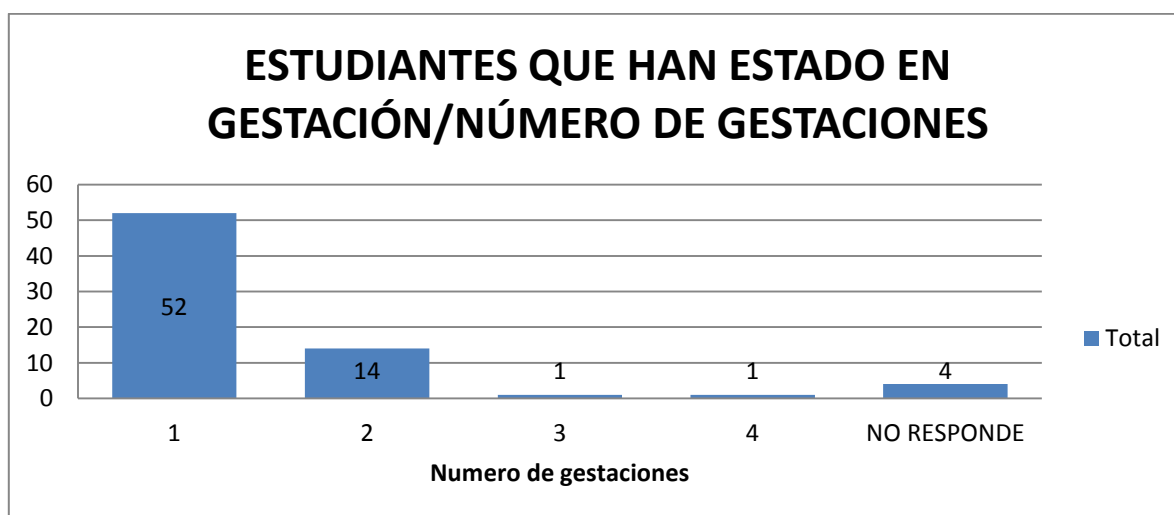


Figura 5: Distribución estudiantes que han estado en gestación y número de veces que lo han estado.

1.3.2.3 El aborto y sus causas como antecedente importante Por medio de diversos estudios acerca de cáncer de cuello cervico uterino, se ha podido determinar que el tener abortos representa un factor de riesgo para desarrollar esta patología, aunque la razón no está determinada como tal, Camargo en un estudio realizado acerca del cáncer de cuello uterino, refiere factores de riesgo como: la edad, el número de compañeros sexuales, la cantidad de partos y el proceso del aborto constituye un factor predisponente del cáncer cervical, porque

⁵⁶ American Cancer Society, prevención del cáncer de cuello uterino, Last Medical Review: November 10, 2014 Last Revised: July 19, 2016.

el cuello uterino se expone a múltiples traumatismos durante el procedimiento.⁵⁷ Otro estudio realizado en la Habana determinó que las mujeres que en su vida se han realizado un aborto se enfrentan a un riesgo relativo de 2.35 mayor al cáncer cervical, en comparación con las mujeres que no han abortado, y las mujeres con dos o más abortos encaran un riesgo relativo de 4.92. Estos porcentajes incrementados de cáncer para el caso de mujeres que han abortado se vinculan aparentemente a la interrupción no natural de los cambios hormonales que acompañan al embarazo, así como a la lesión cervical no tratada.⁵⁸

Al contrastar esta información con el presente estudio, se encontró que de las 267 estudiantes encuestadas, 24 de ellas refirieron haber abortado, por tanto tienen este factor de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino, al discriminar la causa principal, se encontró que el aborto espontáneo se presentó en un 4,86% (13 estudiantes) cabe resaltar que dos de las estudiantes mencionadas en esta investigación tuvieron abortos por alteraciones 2 veces, el 4,11% (10 estudiantes) asociaron haber inducido el aborto, mientras que 0,3% (1 estudiante) asocia su pérdida como consecuencia de un accidente; teniendo en cuenta estos resultados, podemos aducir que el 9,36% de la muestra, puede tener riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino al haber estado sometidas a procedimientos de evacuación uterina en los cuales pudo sufrir algún traumatismo el cérvix, según las conclusiones de Cabezas y Parazzini. También resulta interesante encontrar la exposición al riesgo en diez estudiantes por cuanto inducen el aborto, posibilitando el riesgo de alterar su salud, al tener que ser sometidas a procedimientos terapéuticos que pueden llegar a ocasionar lesiones cervicales y predisponer un riesgo relativo de desarrollar cáncer cervical.

⁵⁷ CAMARGO PINZON Lesiones del cuello Uterino determinación de la prevalencia de infección y confección por virus del papiloma humano (vph) y asociación con diferentes factores de riesgo 2011

⁵⁸ F. Parazzini, et al., "Reproductive Factors and the Risk of Invasive and Intraepithelial Cervical Neoplasia," British Journal of Cancer, 2012

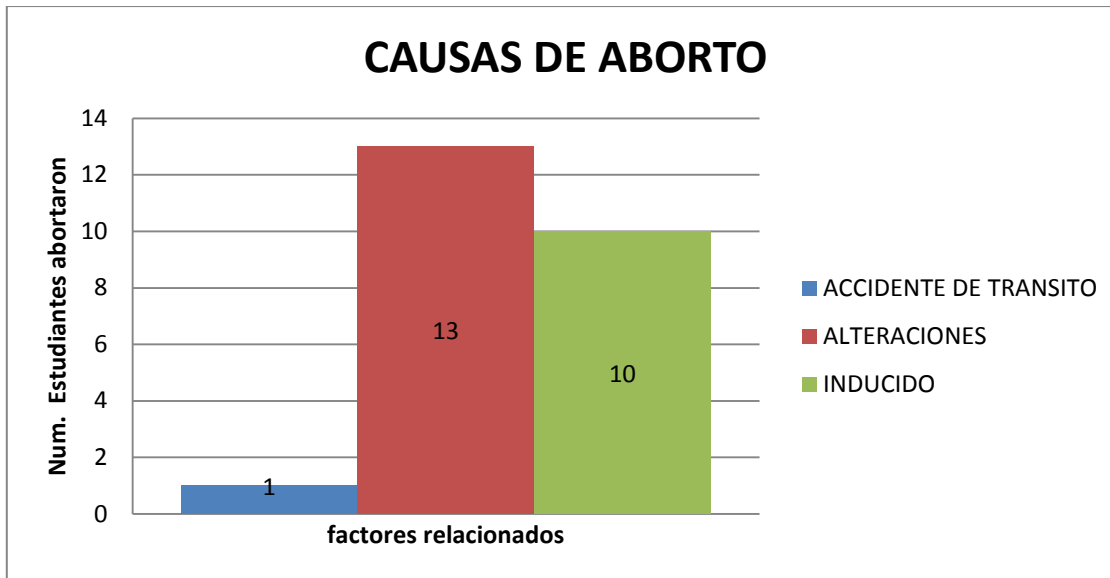


Figura 6: Distribución estudiantes que han tenido abortos y sus causas.

1.3.2.4 Métodos anticonceptivos como factor de riesgo o protector para desarrollar cáncer de cérvix Para el análisis sobre los métodos anticonceptivos utilizados por las estudiantes, se incluyen las 250 estudiantes que señalaron haber iniciado actividad sexual, en donde como factor protector, un 30,36% de las estudiantes relacionaron usar preservativo en todas las relaciones sexuales, otro 6,28% de ellas, lo usan de manera ocasional, entre los motivos que refirieron se encuentran “porque la pareja no tiene en el momento” u “olvidan comprarlo”, un 20,41% planifican con anticonceptivos orales lo que clasificamos como factor de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino, según revisión de literatura científica, adicional, se encontró que un 2,61% de las estudiantes, usan doble protección al utilizar el preservativo y otros métodos (quirúrgico, DIU) mientras que el 0,52% utilizan métodos anticonceptivos orales y el preservativo. Es preocupante que un 69,64% de las estudiantes de enfermería no tiene el hábito de cuidado de utilizar siempre en sus relaciones sexuales, el preservativo, conociendo por su formación profesional, las ventajas de usarlo y los riesgos a los que se exponen cuando no se usa.

Según la ENDS 2010 refiere que el uso del preservativo masculino estaba en un 7% a comparación de la ENDS 2015 disminuyó representativamente a un 5.8% para mujeres entre 15 y 49 años, respecto al uso de métodos hormonales “píldora”

el porcentaje para el año 2010 fue de 7.6% y para el año 2015 disminuyó a un 7%.

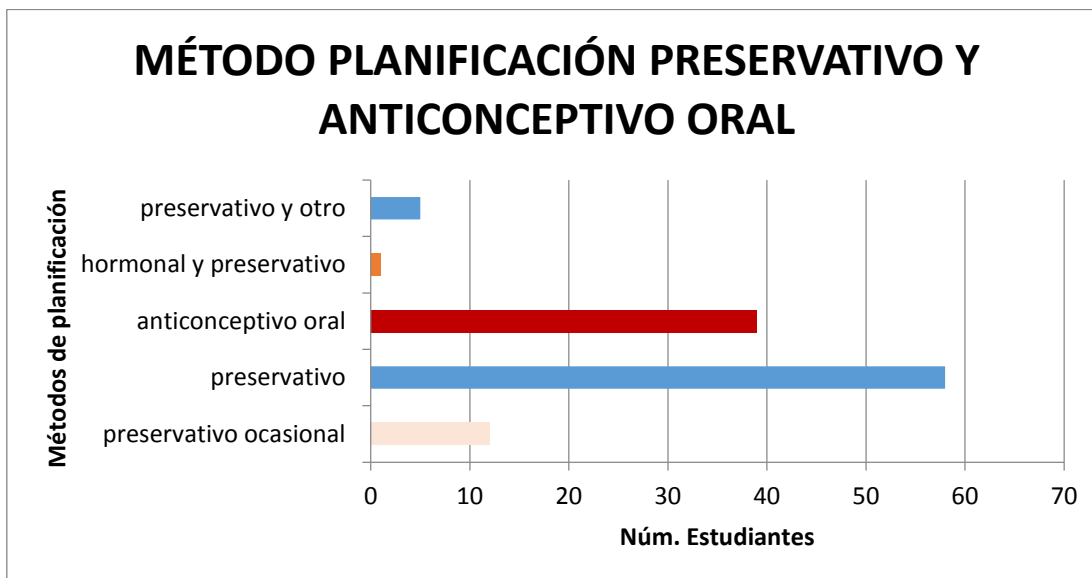


Figura 7: Distribución según el método de planificación.

13.3 Calificación de autocuidado para la prevención de cáncer de cuello uterino, según acciones de cuidado relacionadas con la actividad sexual

En relación a la prevención de cáncer de cuello uterino, de las 267 estudiantes de enfermería de la Universidad Cundinamarca, solo se tendrán en cuenta las 250 estudiantes de enfermería que ya iniciaron actividad sexual.

Se analizaron varios aspectos entre ellos la edad de inicio de la actividad sexual se encontró un porcentaje de 60% de las de estudiantes presenta déficit de autocuidado, iniciando la práctica sexual antes de los 18 años de edad, lo que se convierte en un factor de riesgo, llamando la atención una estudiante que refirió iniciar la práctica sexual a los 11 años y su menarquia a los 10 años, como acción de autocuidado tan solo el 40% de la población empezó la actividad sexual después de los 18 años de edad. Un estudio realizado en 2001 por International Biological Study on Cervical Cáncer (I BSCC) determinó que el inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas, demostró también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de

hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años.⁵⁹

En relación con el número de compañeros sexuales el 54,8% de las estudiantes presentan acciones de autocuidado al tener menos de dos parejas sexuales desde que inician actividad sexual coital, como factor de riesgo el 45,2% de la población presenta déficit de autocuidado al tener más de dos compañeros sexuales.

En cuanto al número de compañeros en el último año, el 91,6% de la muestra refirieron haber tenido menos de 2 parejas estables durante el año, y como factor de riesgo; el 8,40% de los estudiantes refieren tener más de tres parejas con quienes tuvieron actividad sexual. Llama la atención que respecto al número de compañeros sexuales se encontraron respuestas como “no sé”, “más de 20”.al contrastar estos resultados son similares al estudio de caso- control, realizado en Sao Paulo (2015) en el cual observó que de las 824 mujeres y de ellas el 95,695 que corresponde a 77 tuvieron menos de 3 compañeros sexuales en el último año⁶⁰.

Como factor de autocuidado el 43,2% de las estudiantes refirió conocer la vida sexual de la pareja, y un 56,8% como déficit de autocuidado refieren no conocerla, respecto a las características del compañero sexual, cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; de hecho, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia.⁶¹

⁵⁹ BOSCH FX, Manos MM, Muñoz M, Sherman M, Jansen AM, Peto J, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International Biological Study on Cervical Cancer (I BSCC) Study Group. J Natl Cancer Inst 2001

⁶⁰ JOICE GASPA factores sociodemográficos y clínicos de las mujeres con VPH y su asociación al VIH 2015

⁶¹ Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJL, Shah KV. La relación causal entre el virus del papiloma humano y el cáncer cervical. J Clin Pathol 2002

En un estudio realizado se encontró que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los maridos de las mujeres pertenecientes al grupo control; de la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de enfermedades venéreas. Otras características que presentaban con mayor frecuencia eran más cantidad de visitas a prostitutas y el hábito de fumar.⁶²

Respecto al uso del preservativo el 30,36% de las estudiantes, refiere usarlo siempre tomándolo como medida de autocuidado, mientras que como factor de riesgo el 69,64% de ellas no lo usa en todas las relaciones sexuales o no lo usan. Según la Sociedad Americana contra el cáncer (2016) los condones proveen cierta protección contra el VPH, pero no pueden prevenir completamente las infecciones. Los hombres que usan condones tienen una menor probabilidad de infectarse con VPH y de transmitirlo a sus parejas femeninas. Refiriendo que cuando se usan los condones correctamente cada vez que se tiene sexo, éstos pueden reducir la tasa de infección con VPH en aproximadamente 70%. Una de las razones por las que los condones no pueden ofrecer protección total es porque no pueden cubrir todas las áreas del cuerpo que pueden infectarse con VPH, tal como la piel del área genital o anal.⁶³

⁶² SCHLECHT NF, KULAGA S, ROBITAILLE J, Ferreira S, Santos M, Miyamura RA, et al. Infección persistente del papilomavirus humano como predictor de la neoplasia intraepitelial cervical. JAMA 2001

⁶³ American Cancer Society, prevención del cáncer de cuello uterino, Last Medical Review: November 10, 2014 Last Revised: July 19, 2016 consultado en <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-y-deteccion-temprana/se-puede-prevenir-el-cancer-de-cuello-uterino.html> el 29 enero de 2017.

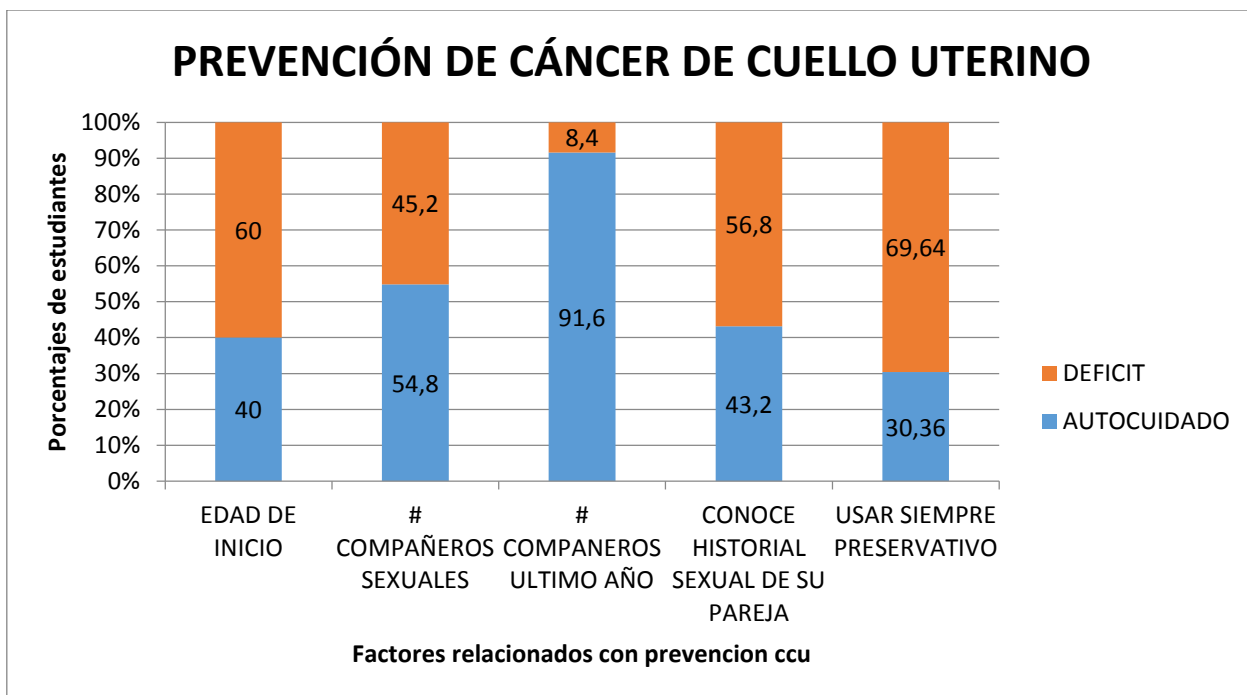


Figura 8: Calificación de autocuidado para la prevención de cáncer de cuello uterino, según acciones de cuidado relacionadas con la actividad sexual

1.3.3.1 Relación del semestre cursado con el autocuidado para detectar precozmente el cáncer de cérvix Al analizar los resultados frente a las acciones de autocuidado para detectar precozmente el cáncer de cuello uterino, puede verse que en los primeros semestres no es muy diferente la conducta de autocuidado frente a los dos últimos semestres, hay mayor frecuencia de autocuidado en octavo semestre probablemente porque en el núcleo de cuidado a la mujer y recién nacido se aborda directamente la promoción de la salud de la mujer y las estudiantes hacen autoevaluación sobre sus conductas de riesgo y se animan a incluir estos cuidados en su cotidianidad, sin embargo no es muy evidente el nivel de autocuidado en la detección precoz del cáncer de cerviz a medida que la estudiante aumenta su nivel de formación, lo que indica que es importante continuar fortaleciendo estos cuidados en las estudiantes quienes serán a futuro cuidadoras profesionales de muchas mujeres empezando por si mismas y las mujeres de su entorno.

Al evaluar los resultados frente a las acciones de autocuidado para detectar precozmente el cáncer de cuello uterino, el 69,6% que corresponden a 174 estudiantes realizan acciones de autocuidado, un 30,4% que corresponden a 76 estudiantes están en déficit de autocuidado, al hacer la revisión por el semestre que cursaban las estudiantes al momento de aplicar el instrumento, se puede evidenciar que en los primeros semestres no es muy diferente la conducta de autocuidado frente a los dos últimos semestres, hay mayor frecuencia de autocuidado en octavo semestre probablemente porque en el núcleo de cuidado a la mujer y recién nacido se aborda directamente la promoción de la salud de la mujer y las estudiantes hacen autoevaluación sobre sus conductas de riesgo, sin embargo no es muy evidente el nivel de autocuidado en la detección precoz del cáncer de cérvix a medida que la estudiante aumenta su nivel de formación, lo que indica que es importante continuar fortaleciendo estos cuidados en las estudiantes quienes serán a futuro cuidadoras profesionales de muchas mujeres empezando por sí mismas y las mujeres de su entorno.

En terminos generales la calificación de autocuidado en la prevención de cáncer de cuello la obtuvo el 31,6% (79 estudiantes), mientras un 68,4% que corresponden a 171 mujeres, obtuvo la calificación de deficit de autocuidado, lo que concluye que no existe relación directa entre la información que se recibe en la formación como profesional y las acciones de autocuidado que deberian practicar, en definitiva el conocimiento sin motivación no garantiza el ejercicio conscientemente del autocuidado

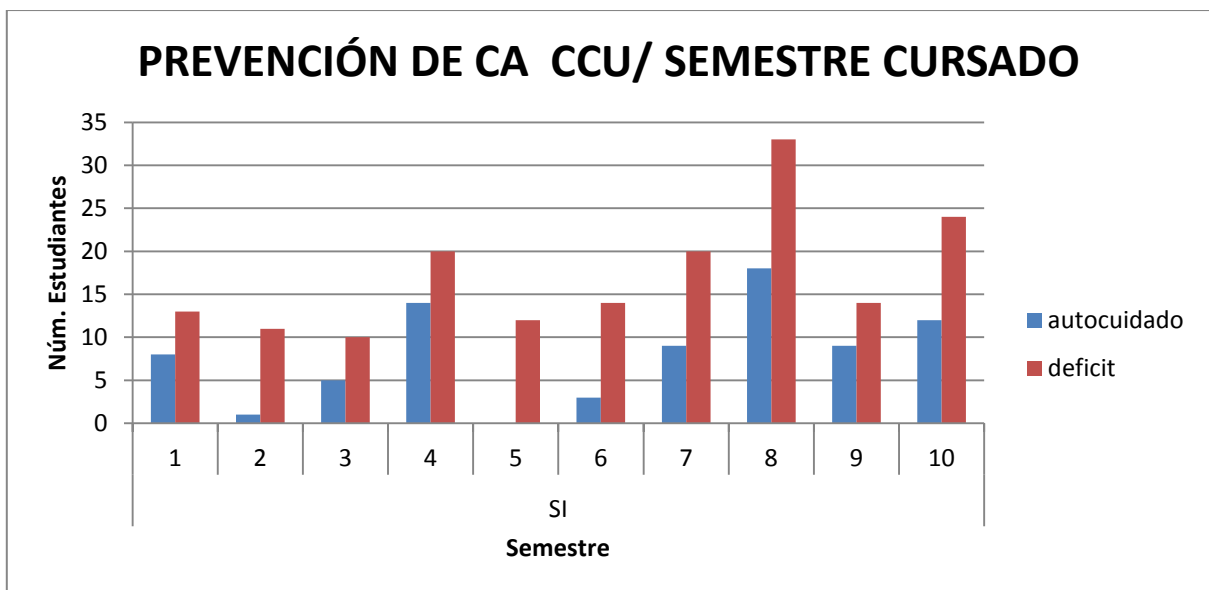


Figura 9: Calificación de autocuidado según semestre cursado y las acciones para la prevención de cáncer de cuello uterino

1.3.3.2 Calificación de autocuidado según acciones para la detección temprana de cáncer de cuello uterino

En cuanto a la detección temprana de CCU, de las 267 estudiantes de enfermería que participaron en el presente estudio, 17 de ellas correspondiente al 6.36%, se encuentran en el rango de edad entre 17 a 22 años y refieren no haber iniciado actividad sexual, según lo indica la norma técnica Colombiana no son población objeto para iniciar la toma de la CCU, razón por la cual se tendrán en cuenta solo las 250 que ya iniciaron actividad sexual.

De las estudiantes que refirieron vida sexual activa, se encontró que la edad mínima de inicio de relaciones sexuales fue a los 11 años (1 estudiante), y la mayor edad de inicio fue 24 años (2 estudiantes), la edad de inicio más frecuente fue 18 años (60 estudiantes), datos que difieren con el estudio donde se encontró como edad promedio de inicio de actividad sexual de las mujeres, la edad promedio de 15,5 años.

En relación a la detección precoz de cáncer Cérvicouterina, se encontró que

21,2% de las estudiantes, a pesar de tener vida sexual activa, no se ha realizado nunca la citología, por lo cual son calificadas con déficit de autocuidado, 78,80% de las estudiantes realiza la toma de CCU como acción de autocuidado al contrastar estos resultados con la ENDS 2010, donde se encontró que el 90% de las mujeres se había realizado la citología cervico uterina por lo menos una vez en la vida, se puede concluir que casi una cuarta parte de las participantes de esta investigación, a pesar de estudiar enfermería y tener conocimiento de la importancia de esta prueba de tamizaje, no muestra adherencia a esta práctica de autocuidado pero si la promueve a las mujeres durante sus prácticas clínicas en comunidad o área ambulatoria.

Por otra parte el 90,4% de las estudiantes refirieron reclamar el resultado de la CCU como acción de autocuidado, el cual concuerda con el reportado en la ENDS 2010 en la que refieren que el 91% de las mujeres que se tomaron la citología y reclamaron resultado, en relación con la ENDS de 2015 el resultado no presenta cambios significativos se mantiene en un 91.1% de la población. En las dos encuestas indican que el porcentaje de mujeres que reclama el resultado incrementa a mayor nivel educativo. Acudir a la consulta con el medico posterior a la toma de CCU, esta como factor de autocuidado identificado un 69,6% y como déficit de autocuidado con un porcentaje del 30,4%, resulta asombroso que a pesar de conocer la importancia de la prueba de tamizaje y el seguimiento en la consulta para toma de decisiones, casi una tercera parte de las estudiantes decida no consultar con el resultado de su citología.

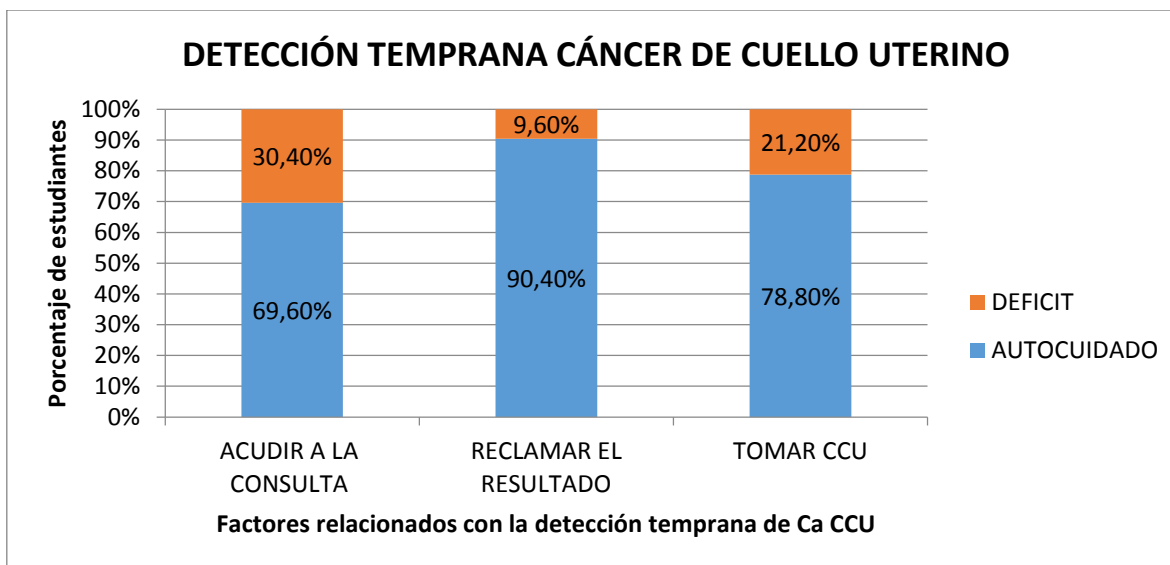


Figura 10: Calificación de autocuidado según acciones para la detección temprana de cáncer de cuello uterino.

13.4 Detección Alteraciones menstruales

Los trastornos menstruales en las adolescentes incluyen una serie de procesos relacionados con alteraciones del ritmo, alteraciones de la cantidad del sangrado vaginal o la duración del mismo. Estudios recientes realizados por Davina en el servicio de Obstetricia y Ginecología del hospital de las nieves en Granada, indican que las alteraciones menstruales son comunes entre las adolescentes, representando la primera y tercera causa de atención médica⁶⁴.

En el presente estudio, al abordar la detección de las alteraciones menstruales, se encontró como factor protector que el 68,16% de la muestra refirió no haber presentado ningún tipo de trastorno menstrual, mientras el 31,83% restante, refirieron presentan trastornos menstruales, entre los que enunciaron: dismenorrea, menorragia, amenorrea, Polimenorrea, quistes ováricos, entre otros. Para este aparte, solo se incluye las estudiantes que refirieron tener alguna

⁶⁴ DAVINA COBO AGUILAR Alteraciones menstruales, servicio de Obstetricia y Ginecología hospital Universitario de las Nieves 2012

alteración menstrual, es decir 85 estudiantes.

Respecto a la regularidad del ciclo menstrual establecido por el Colegio Americano de obstetras y ginecólogos la sociedad Española de medicina, los ciclos menstruales pueden ser de larga duración sin embargo el 90% de los ciclos menstruales se encuentra en el rango de 21- 45 días,⁶⁵ alteraciones de la cantidad y una duración por más de 8 días, al contrastar estos resultados con lo referido por las participantes de este estudio, se evidencia que el 74,11% de las estudiantes tienen como factor protector un ciclo de entre 28 y 30 días y el 25,89% restante, refirieron ciclos irregulares, entre los que se enuncian la ausencia de menstruación “no me llega”, “me llega cada 3 meses”, “me llega cada quince días”, entre otras respuestas que evidencian trastornos relacionados con el ciclo; al revisar en la literatura científica, la causa más frecuente de estas alteraciones, es la anovulación secundaria a la inmadurez del eje hipotálamo-hipo fístico- ovárico⁶⁶

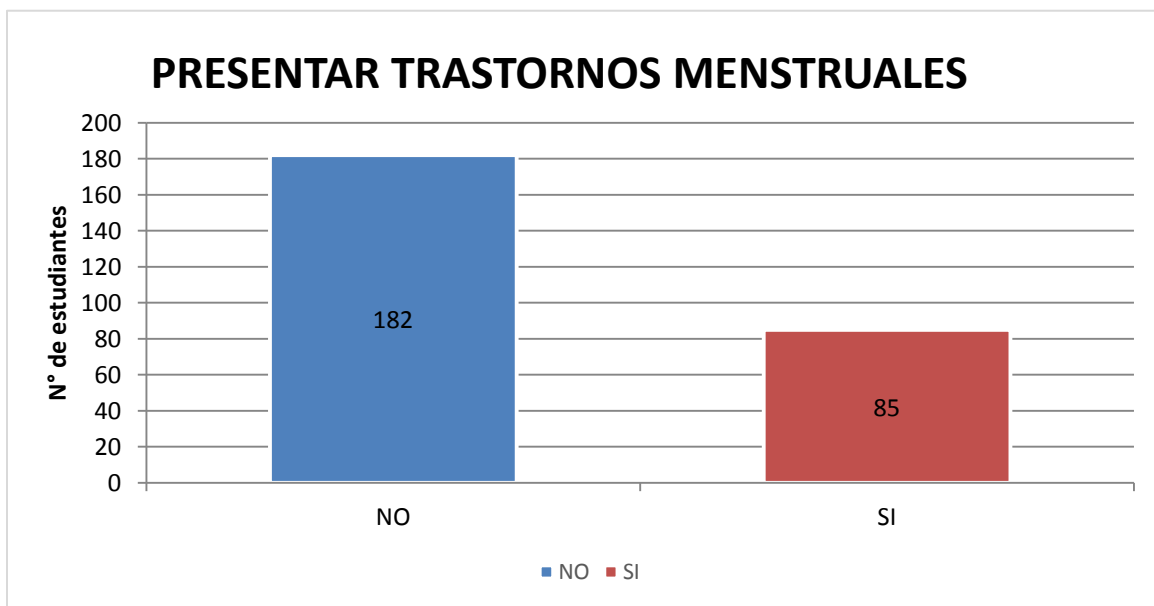


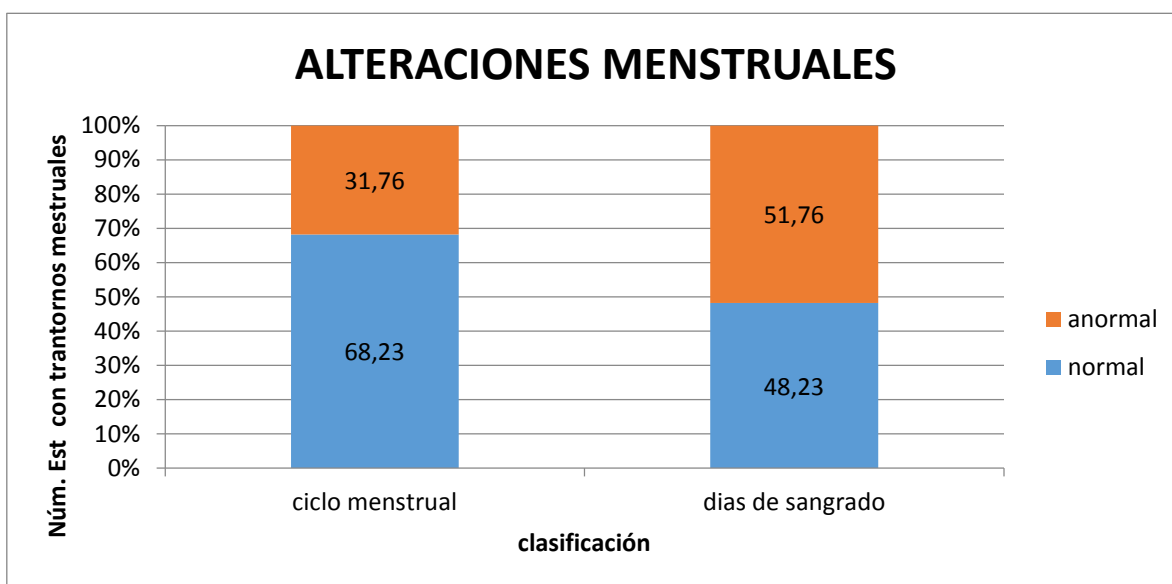
Figura 11: Distribución según presencia de trastornos menstruales.

⁶⁵ COLEGIO AMERICANO DE OBTETRICIA Y GINCOLOGÍA La menstruación en las niñas y adolescentes: Utilizando el ciclo menstrual como una muestra vital 2015.

⁶⁶ ESCOBAR María. Trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia. Sociedad Argentina de Pediatría Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. 2010.

1.3.4.1 Alteraciones del ciclo y de la fase menstrual De las 85 estudiantes que refirieron presentar trastornos menstruales, al evaluar el ciclo menstrual, el 31,76 % de ellas refirieron presentar una periodicidad menor de 21 o mayor a 31 días, mientras el 68,23% presentan como factor protector una duración que va entre 28 y 30 días considerado normal; en cuanto a la duración de la fase menstrual, es decir los días que dura el sangrado, se encontró que el 51,76% tienen un sangrado menor de 3 o mayor a 5 días; solo el 48,23% de las estudiantes como factor protector refirieron presentar sangrado de 3 a 5 días lo que se considera normal; según un estudio realizado en Estados Unidos por Matsumoto y Matcalaf, quienes concluyeron que la probabilidad de sangrados prolongados, es decir, más de 8 días, se presenta en los ciclos anovulatorios o con fase lútea inadecuada⁶⁷ situación que puede estar relacionándose como causa en las alteraciones referidas por las estudiantes.

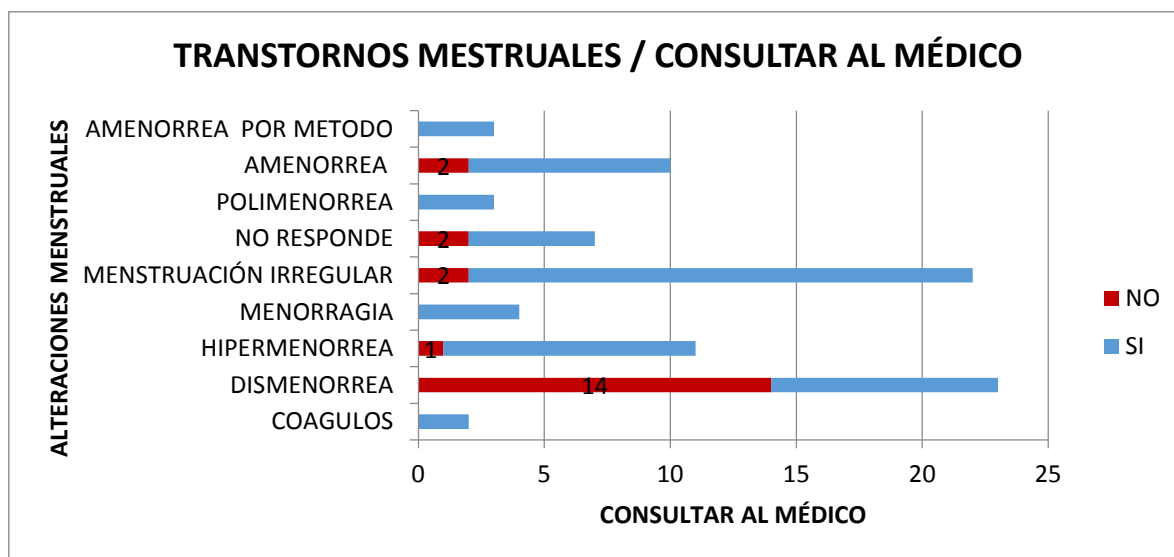
La alteración menstrual más común en las estudiantes participantes en este estudio, se relaciona con la duración de la fase menstrual, lo que expone a las estudiantes a presentar complicaciones fisiológicas como anemia secundaria



⁶⁷ MATSUMOTO. Las afecciones ginecológicas crónicas nos informaron de las conclusiones de las mujeres de la encuesta de encuesta de calor nacional

Figura 12: Distribución según alteraciones menstruales.

1.3.4.2 **Alteraciones menstruales y consulta a médico** De las 85 estudiantes que refirieron presentar alteraciones menstruales, como factor de autocuidado se encontró que el 65,68% de ellas consulta al médico y como factor de déficit de autocuidado el 34,12 % de ellas no consultaron al médico dentro de las alteraciones por las que menos consultaron se encuentran: dismenorrea con un porcentaje de 48,27% (14), en menor y variado porcentaje, menstruación irregular, dismenorrea, amenorrea. Al contrastar los resultados con el estudio de PERERNAU y FASULO los síntomas menstruales más frecuentes hacen referencia a: dolores menstruales con un 64,4%⁶⁸. Es alarmante encontrar que las estudiantes de enfermería pueden identificar que su ciclo y su fase menstrual no son normales, pues en el instrumento señalaron estas situaciones como alteración, sin embargo, no consultan a médico para estudiar y tratar esas alteraciones.



⁶⁸ PERARNAU Y FASULO. Síndrome premenstrual y trastorno disforico premenstrual en estudiantes adolescentes. Universidad de San Luis. Argentina. Año VIII –2015 pág. 153.

Figura 13: Distribución de los trastornos menstruales relacionado con la consulta al médico.

13.5 Medidas de autocuidado para la Dismenorrea

Respecto a las medidas de autocuidado se relacionó las variables presentar dismenorrea con medidas que las estudiantes realizan para manejarla, se encontró que el 49,43 % de la muestra refieren tener cólicos algunas veces, en mayor proporción ellas prefieren no hacer ejercicio, seguir la rutina normal, en menor proporción toman bebidas calientes y como última opción toman medicamentos.

De las estudiantes que refirieron siempre presentar cólicos en total el 39,32% de la muestra, en mayor proporción prefieren tomar analgésicos, en segundo lugar prefieren tomar bebidas calientes y en menor proporción prefieren no hacer ejercicio y seguir con una rutina normal.

En una investigación realizada por Wilson ML (2013), se encontró que únicamente un 15.5 % de las pacientes con dismenorrea acude con el personal de salud y el porcentaje restante prefieren hacer uso de automedicación. Así la automedicación es la principal forma de tratamiento de la dismenorrea en algunas poblaciones, llegando a 61.2% en una población de Hungría y hasta un 70% en Canadá.⁶⁹

En otro estudio realizado en Ecuador en el 2014 indica que respecto a la dismenorrea en relación al tratamiento, el 44% usa infusiones de hierbas para aliviar el dolor, el 21% ibuprofeno, el 18% no ha usado nada para aliviar el dolor menstrual, el 8% usa el ejercicio físico para aliviar, el 7% usa paracetamol y el 2% aplica calor local para aliviar el dolor.⁷⁰

⁶⁹ . Wilson ML, Farquhar CM, Sinclair OJ. Surgical interruption of pelvic nerve Pathways for primary and secondary dysmenorrhea. Cochrane Database Syst Rev 2013; (2): CD001896 consultado

en <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13453/1/Andrea%20Cuenca.pdf>. Consultado el 31 enero de 2017.

⁷⁰ CUENCA Rodríguez, Andrea del Rocío, OPCIONES TERAPÉUTICAS USADAS EN LA DISMENORREA PRIMARIA EN LAS ADOLESCENTES DEL COLEGIO "UNIDAD EDUCATIVA BERNARDO VALDIVIESO", Area de la Salud, Universidad

Los resultados al respecto en el presente estudio, permiten establecer que las estudiantes de enfermería hacen manejo farmacológico a sus molestias asociadas a la menstruación, puede esta conducta de manejo enmascarar problemas de salud que terminarían afectándolas por no consultar al médico para que se estudie su situación en lugar de simplemente manejar síntomas como el dolor.

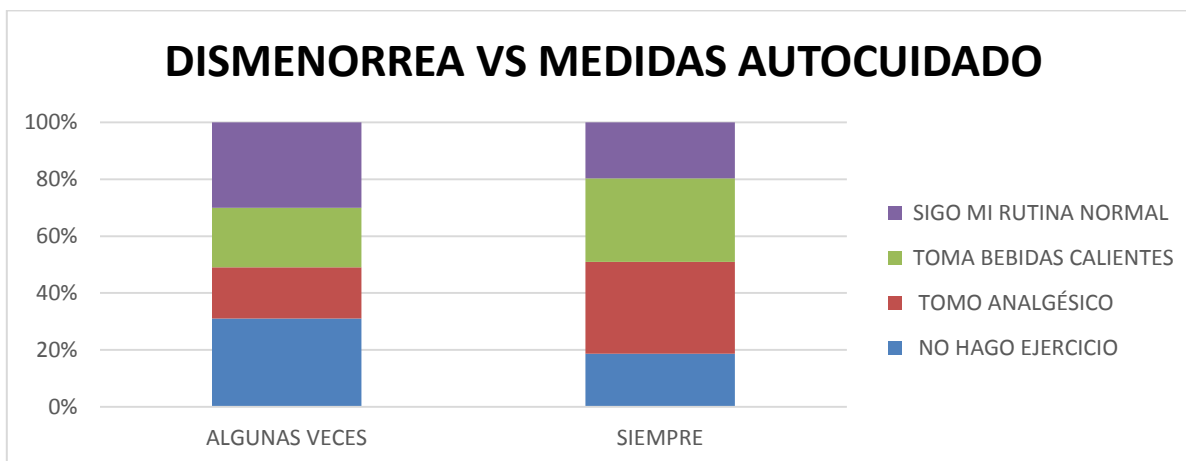


Figura 14. Distribución de las medidas de autocuidado para disminuir la dismenorrea.

1.3.5.1 analgésicos usados por las estudiantes para manejo de la dismenorrea Al indagar sobre las medidas de autocuidado que tienen las estudiantes cuando presenta la dismenorrea específicamente en relación al tratamiento farmacológico, el 47,19% que corresponde a 126 estudiantes refirieron tomar analgésico, de estas el 47,61% (60 estudiantes) indicó consumir butil bromuro de hioscina, seguido de un 34,92% (44 estudiantes) que utiliza el ibuprofeno, con menos regularidad consumen acetaminofén, combinación de hioscina e ibuprofeno, naproxeno y piroxicam.

Al contrastar estos resultados con un estudio realizado por el Cuerpo Académico de Biología de la Reproducción del Área Académica de Medicina del Instituto de Ciencias de la Salud en el año 2007, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México, donde se menciona que los fármacos más utilizados fueron el

medicamento de venta libre como metamizol con butilhioscina 22.9%, naproxeno 10.1%, ibuprofeno 7.3% y paracetamol 6.4%⁷¹, puede identificarse, que la acción de autocuidado para el manejo del dolor ocasionado por la menstruación es el empleo de butilbromuro de hioscina, en este caso el consumo de este fármaco antiespasmódico es el de elección, probablemente por el conocimiento que tienen las estudiantes de enfermería de su mecanismo de acción y su indicación específica para dolores viscerales, sin embargo, esta acción implica riesgo porque puede enmascarar síntomas que merecen ser evaluados para determinar su etiología en lugar de hacer un simple manejo sintomático.

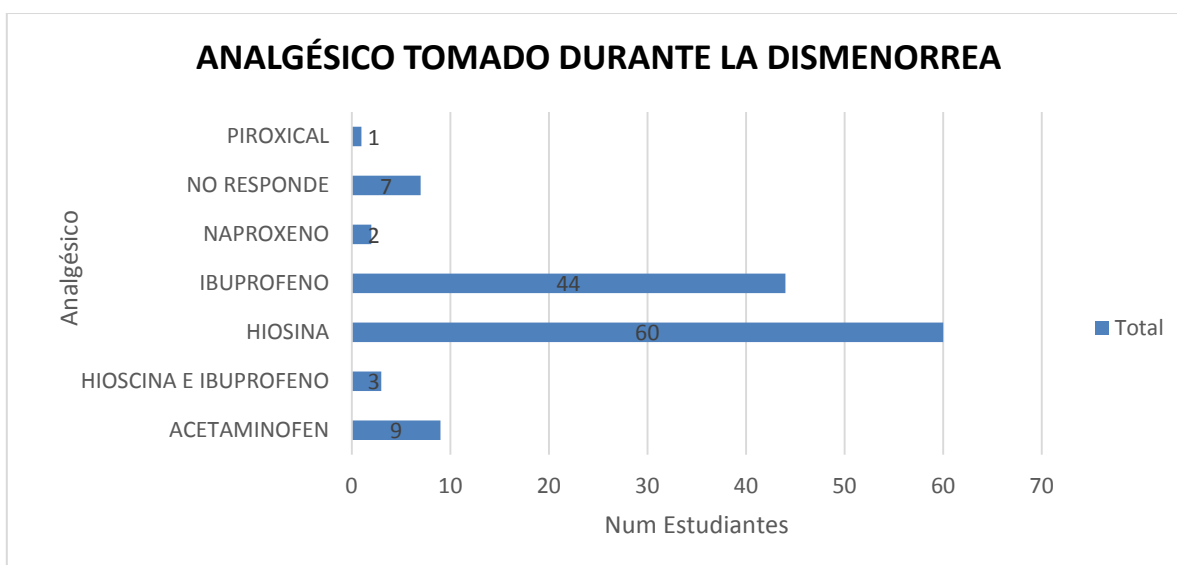


Figura 15. Distribución analgésicos usados por las estudiantes para manejo de la dismenorrea.

1.3.5.2 Formulación de analgésicos para manejo de la dismenorrea En cuanto a la formulación de los analgésicos para tratamiento de la dismenorrea, de las 126 estudiantes que consumen analgésicos cuando presentan dismenorrea el 20,59% no respondieron quién formula el analgésico, seguido de un 11,98% que refirieron como factor de autocuidado que el analgésico fue formulado por el médico, como factor de riesgo el 9,73% de la población se están auto medicando.

⁷¹ Asociación Farmacéutica Mexicana, A.C. México, Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas. 2007..

Según la ENDS 2015 Con relación a 2010, la frecuencia con la que la población acude al médico o institución de salud según sus problemas de salud se ha reducido (de 68% a 65%) y, como contrapartida, han aumentado las opciones de farmacia, remedios caseros y automedicación.

En una investigación realizada en Manizales 2013 acerca del autocuidado de los jóvenes estudiantes se encontró que el 21,4% de los estudiantes de la investigación se automedican frecuentemente y el 5,5% siempre⁷².

Al realizar el análisis de las respuestas emitidas por las estudiantes participantes en el presente estudio, si se tienen en cuenta a quienes no respondieron quién había formulado el analgésico y las que relacionaron automedicarse, tenemos un 30,32% de estudiantes que probablemente pueden estar incurriendo en automedicación, se puede evidenciar que ellas al tener conocimiento sobre manejo farmacológico del dolor tipo cólico, fácilmente recurren al uso de analgésicos antiespasmódicos, reduciendo la sensación dolorosa, sin embargo están realizando una acción no adecuada como la automedicación y la no consulta al médico para el estudio respectivo de la causa del dolor asociado a la fase menstrual, exponiendo su salud y mostrando un déficit de autocuidado.

⁷² Escobar, María del Pilar; Pico, María E, Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011, Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 31, núm. 2, mayo-agosto, 2013, pp. 178-186 Universidad de Antioquia , Colombia.

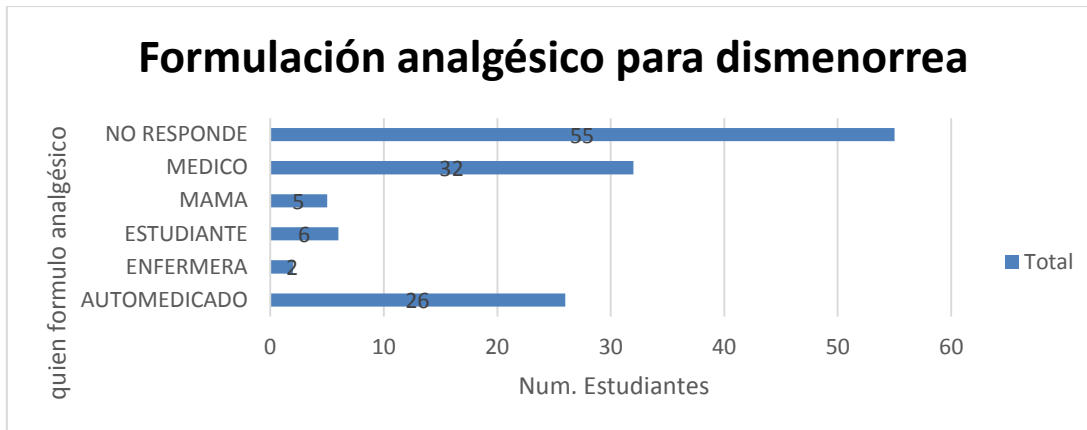


Figura 16. Distribución de la formulación de analgésicos para controlar la dismenorrea.

Determinar cuáles son las acciones de autocuidado de las estudiantes del programa de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca, para las alteraciones menstruales y la detección precoz de cáncer de cérvix, con el fin de crear estrategias educativas que fortalezcan el autocuidado en las mujeres.

CONCLUSIONES

De las estudiantes participantes en este estudio un 73% se encontraban en un rango de edad comprendida entre los 18 a los 23 años, el 20% tenían edades entre 24 a 30 años y se encuentra poco representada, por quienes tenían entre 31 y 40 años, correspondiente a un 6%; son oriundas del Departamento de Cundinamarca 60.67% de ellas, seguido de Tolima con un 33.71%, el resto del País con un 5.25%, hay una estudiante de intercambio para un 0,37%. La tipología familiar que se destaca es la nuclear con 79.40%, el lugar de residencia en su mayoría es urbano en un 92,51 % y el 7,49% reside en área rural; el régimen de seguridad social al que están afiliadas está más representado en el contributivo con un 58,06% le sigue el régimen subsidiado con 39,33%, el régimen especial con 2,24% y en medicina prepagada 0,37%

En relación a **factores de riesgo** asociados al desarrollo de cáncer cervicouterino, se encontró que la edad de la **menarquia** más frecuente fue entre 12 a 15 años correspondiente a un 72,93%; las que tienen como factor de riesgo la edad de menarca son el 27,07% por haber tenido su primera menstruación antes de los 12 años o después de los 15; 72 estudiantes que corresponde al 26,96% han estado en gestación, sin embargo el riesgo de que las estudiantes de enfermería desarrollen cáncer de cuello uterino, asociado a la **gestación**, no es significativo por cuanto a pesar de que el 26,96% han estado en gestación, sólo el 2,6 % han tenido más de dos gestaciones, lo que indica que no es preponderante para el 97,4% de las estudiantes de enfermería, porque el 72% de quienes han estado en gestación, son primigestantes.

- De las 267 estudiantes encuestadas, 24 de ellas refirieron haber abortado, por tanto tienen este factor de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino, las causas relacionadas son **aborto** espontáneo en un 4,86% (13 estudiantes), de ellas dos refirieron abortos por alteraciones en 2 oportunidades, el 4,11% (10

estudiantes) relacionaron haber inducido el aborto, mientras que 0,3% (1 estudiante) asocia su pérdida como consecuencia de un accidente; teniendo en cuenta estos resultados, podemos aducir que el 9,36% de las estudiantes, puede tener riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino, adicional, de ellas 4,16% correspondiente a diez estudiantes inducen el aborto, posibilitando el riesgo de alterar su salud, al tener que ser sometidas a procedimientos terapéuticos que pueden llegar a ocasionar lesiones cervicales y predisponer un riesgo relativo de desarrollar cáncer cervical.

Las acciones de autocuidado para la prevención de cáncer de cérvix encontradas son las siguientes:

- **La edad de inicio de las relaciones sexuales** más representativa fue los 18 años, sin embargo al revisar en detalle este aspecto, se encuentra que el 40% de la población empezó la actividad sexual después de los 18 años de edad lo que se convierte en factor protector porque según se ha demostrado en estudios a mayor edad de inicio menos parejas sexuales se tiene probabilidad de tener por ende, menor riesgo de exposición a contagio con el virus del papiloma humano.
- En relación al **número de compañeros sexuales** el 54, 8% de las estudiantes presentan acciones de autocuidado al tener menos de dos parejas sexuales desde que inician actividad sexual coital, en cuanto al número de compañeros en el último año, el 91,6% de la muestra refirieron haber tenido menos de 2 parejas estables durante el año.
- En relación al **uso del método de barrera** para prevenir la infección con el Virus de papiloma humano, llama la atención que tan solo 30,36% utilizan siempre el preservativo en las relaciones sexuales, 6,28% lo utiliza esporádicamente, esto nos indica que hay déficit de autocuidado en la protección contra el VPH porque el 69,64% de las estudiantes no utiliza

siempre el preservativo, asumiendo una conducta de riesgo para el cáncer de cuello uterino.

En relación a las actividades de **detección precoz** de cáncer de cérvix, se encontró que:

En términos generales la **calificación de autocuidado** para la **detección precoz** de cáncer de cérvix, se evidencio que los tres ítem que evaluaban a las estudiantes obtuvieron un porcentaje mayor al 60% en autocuidado, lo que concluye que los conocimientos que se adquieren en la formación como profesionales de enfermería van ligados a las acciones de autocuidado que ellas ponen en practica, entre las que se encuentran tomarse la citología, reclamar el resultado y acudir a la consulta.

Es preocupante sin embargo que el 30,4% de las estudiantes que se realizan la prueba de tamizaje, no asisten a consulta con los resultados, quiere decir que hay que continuar promocionando la importancia de esta consulta.

- A pesar de tener una vida sexual activa un 21,2% de las estudiantes, nunca se ha realizado la **citología cervicouterina**, resulta preocupante pues es casi una cuarta parte de las estudiantes sexualmente activas, que a pesar de promover en su formación profesional en otras mujeres la importancia de hacerse esta prueba de tamizaje, no se la realizan exponiéndose a una detección tardía de cualquier alteración que puedan llegar a presentar.
- Acudir a **la consulta** con el médico posterior a la toma de CCU, es una acción de autocuidado identificada en un 69,6% de las estudiantes, pues garantiza que se realice el manejo respectivo según los resultados, es preocupante sin embargo que el 30,4 de las estudiantes que se realizan la prueba de tamizaje, no asisten a consulta con los resultados, quiere decir que hay que continuar promocionando la importancia de esta consulta.

En relación a las **alteraciones menstruales** se encontraron los siguientes resultados:

- Son comunes en las estudiantes de enfermería de la Universidad de Cundinamarca, entre las más frecuentes están: amenorrea, menorragia, dismenorrea y polimenorrea,

Las acciones de autocuidado identificadas para las alteraciones menstruales son:

- **Consultar al médico**, es una acción que pone en práctica el 65,68% de las estudiantes, asegurando adecuados estudios de la alteración y manejo médico del mismo.
- Como medida de control para la dismenorrea, se encuentra el **uso de analgésico antiespasmódico** tipo hioscina, lo cual es preocupante porque solo el 12,73% de las estudiantes están teniendo una acción de autocuidado al tomar medicamentos formulados por el médico y o la enfermera, el otro 87,27% están incurriendo probablemente en la automedicación, convirtiéndose esto en un factor de riesgo que impide que si hay alguna causa patológica sea identificada y tratada a tiempo, poniendo en riesgo el bienestar de las mujeres de este estudio.

RECOMENDACIONES

- Las enfermeras en formación necesitan reforzar la información acerca de cómo prevenir y detectar precozmente el cáncer de cuello uterino, así mismo tener claro las diferentes alteraciones menstruales, para que logren transformar los hábitos de cuidado, en acciones de autocuidado, que favorezcan su salud sexual y procreativa, para lograr de esa manera, ser multiplicadoras en el cuidado a todas aquellas mujeres, que van a recibir educación y consejería en salud sexual y procreativa, en cada entorno donde interactúen con ellas como profesionales de enfermería.
- Se hace necesario motivar a todas las enfermeras en formación, durante el proceso académico en los diferentes núcleos temáticos específicos, sobre la importancia de poner en práctica, la cultura de autocuidado de la salud sexual y procreativa, como un estilo de vida saludable, inherente a su ser y hacer personal y profesional.
- Los medios de comunicación actualmente son la primera fuente de información y se deben emplear de una forma positiva, por lo que se hace necesario fortalecer por medio videos, la estrategia Educativa propuesta por el grupo de investigación de cuidado a la mujer, que permitirá el desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación (IEC) en los entornos de la vida cotidiana para promover en la población prácticas de autocuidado y el ejercicio de una sexualidad responsable que sensibilice y motive a las enfermeras en formación la importancia de tener claro los factores protectores y de riesgo, las acciones que deben realizar para prevenir y detectar precozmente el cáncer de cuello uterino, además de tener claridad de las alteraciones menstruales que pueden afectarlas y la importancia de consultar al médico en caso de presentarlas, para de esta

forma lograr en ellas promoción del autocuidado y el ejercicio de una sexualidad responsable.

- Es importante Incrementar esfuerzos que permitan fortalecer el ejercicio de las políticas de la Salud Pública y Salud Sexual y reproductiva, donde se destaque el protagonismo del profesional de enfermería como expertos en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, no solo como educadoras en salud, sino como modelos a seguir por todas las mujeres que interactúen con las futuras profesionales de la salud, en los entornos del hogar, laboral, comunitario, para que de esta forma se pueda disminuir el índice y las muertes por cáncer de cuello uterino, se identifiquen, se estudien y se brinde manejo adecuado a las alteraciones menstruales, comunes en la mujer
- Es importante que en investigaciones futuras se tenga en cuenta la ruta de atención integral para cáncer de cuello uterino, integrando al instrumento de recolección de la información, respecto a aspectos como la vacunación VPH y la prueba de tamización que se le realiza a las mujeres a partir de los 30 años y hasta los 65 años, la cual identifica el ADN de los virus de papiloma humano de alto riesgo (ADN-VPH), actualmente incluida dentro del POS. Lo anterior teniendo en cuenta que se puede tener estudiantes de enfermería que lleguen con esquemas de vacunación y que las edades de las estudiantes incluyen rangos de edad mayor de 30 años.
- Es de aclarar que se propone mirar el esquema de vacunación VPH, no solo desde la perspectiva reduccionista de aplicar un esquema de vacunación, se tiene que tener claro que no se puede seguir limitando las intervenciones en salud sexual y reproductiva en las adolescentes a la vacunación contra el VPH, es necesario realizar intervenciones con los mismos jóvenes desde la comunicación, educación e información, dándole a la mujer el empoderamiento, la toma de decisiones específicamente en la

detección precoz de cáncer de cérvix, alteraciones menstruales, porque pueden incidir directamente sobre su salud sexual y procreativa

- Es necesario reforzar la educación sexual y procreativa no solo en las mujeres sino en los hombres que son los principales transmisores del VPH y usualmente no son mencionados en los programas de prevención de cáncer de cuello uterino, delegando no solo la responsabilidad sino la carga de la enfermedad a la mujer Colombiana; al tener estudiantes de enfermería de sexo masculino se puede empezar a crear conciencia del gran papel que tiene el hombre en el desarrollo de la enfermedad y la importancia del conocimiento, acompañamiento y participación por parte del hombre en el cuidado de la mujer y en el fortalecimiento de la salud sexual y procreativa, es urgente favorecer entre todos el cultivo de valores y principios que enaltezcan la práctica de la sexualidad plena y segura, pues todos hacemos parte de la problemática y tenemos en nuestras manos la solución a la misma.

ANEXOS

Estrategia educativa

OBJETIVOS GENERAL

Fortalecer el autocuidado para la detección precoz de cáncer de cuello y alteraciones menstruales mediante herramientas informativas digitales novedosas y llamativas, para las mujeres de la comunidad Universitaria, favoreciendo la promoción de la salud sexual y procreativa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Motivar en la población femenina de la Universidad de Cundinamarca la promoción del autocuidado y el ejercicio de una sexualidad responsable.
- Dar a conocer los factores de riesgo y los factores protectores con el fin de identificar alteraciones menstruales tempranamente y acudir al sistema de salud para ser identificados y administrar tratamiento si es pertinente
- Informar sobre los factores de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino y factores protectores para prevenirlo, favoreciendo la salud en la población femenina universitaria.
- Orientar a las mujeres acerca de las adecuadas prácticas de autocuidado para la detección precoz de cáncer de cérvix y alteraciones menstruales.

La educación es un proceso de comunicación y es indispensable buscar ayudas que permitan favorecer el proceso; el encargado de brindar el conocimiento a la población que recibe y se apropia de ese conocimiento. Actualmente, la diversidad de medios de comunicación y recursos tecnológicos han tomado un lugar fundamental en los procesos que se desarrollan en distintas áreas.

Los recursos y ayudas educativas como herramientas diseñadas o elegidas con fines pedagógicos, comunicacionales y didácticos, que permiten apoyar la enseñanza y asimilación de conceptos, la participación e interacción con la imagen y el texto herramientas que hoy en día ofrece la tecnología a la comunidad y son de fácil acceso e interpretación. Las estrategias didácticas que innovan facilitan la asimilación de contenidos y la adquisición de habilidades cognitivas que permitirán promocionar las prácticas de autocuidado frente a los factores de riesgo y continuar con los factores protectores.

El empleo de videos como herramienta para la presentación efectiva de resultados científicos o proyectos de investigación está ampliamente divulgado en la literatura⁷³. Asimismo es creciente su nivel de aceptación como vehículo comunicativo en la mayor parte de congresos de todos los ámbitos. Incluso se ha convertido en el único medio de comunicación habitual en algunos de ellos. Las ventajas del video en cuanto a posibilidad de presentar resultados en detalle y como medio para crear debate y realimentación por parte de los participantes son muy superiores a las exposiciones orales convencionales y, sin duda, más efectivas. La justificación de la afirmación anterior proviene del hecho que, mediante un video, es posible abarcar la totalidad del trabajo con una sola mirada y, por ello, concentrarse en los aspectos de mayor interés o relevancia.

⁷³ [1] Guardiola, E., "El póster, una forma de presentación eficaz en un congreso", I Congreso nacional de bibliotecas públicas. Valencia (Junio 2002)

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR COBO Davinia, Alteraciones menstruales hospital Universitario virgen de las Nieves México 2012
- ALFONSO RODRIGUEZ, Ada C. Salud sexual y reproductiva desde la Mirada de las mujeres. *Rev. Cubana Salud Pública* [online]. 2006
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Resource Center
- American Cancer Society, prevención del cáncer de cuello uterino, Last Medical Review: November 10, 2014 Last Revised: July 19, 2016 consultado el 29 enero de 2017
- ARMANDO Rodríguez Salvá,¹ Dr. Ángel A. Echavarría Aguilera,² Dr. Pedro Murlá Alonso³ y Dr. Carlos Vázquez González², Factores de riesgo del Cáncer de cuello uterino cérvix en el municipio Cerro, *Rev Cubana Hig Epidemiol* v.37 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2010,
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER, Cáncer de cuello uterino 2015 pág. 135-168
- Asociación Farmacéutica Mexicana, A.C. México, *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*. 2007..
- BOSCH FX, Manos MM, Muñoz M, Sherman M, Jansen AM, Peto J, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International Biological Study on Cervical Cancer (I BSCC) Study Group. *J Natl Cancer Inst* 2001
- ¹ Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJL, Shah KV. La relación causal entre el virus del papiloma humano y el cáncer cervical. *J Clin Pathol* 2002
- Bonilla C, Elssy, *LA MUJER COLOMBIANA EN LA UNIVERSIDAD Y EN EL MUNDO DEL TRABAJO*, 2016. Pág. 51
- CAMARGO PINZON Lesiones del cuello Uterino determinación de la prevalencia de infección y confección por virus del papiloma humano (vph) y asociación con diferentes factores de riesgo 2011

- COLEGIO AMERICANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA La menstruación en las niñas y adolescentes: Utilizando el ciclo menstrual como una muestra vital 2015.
- CUENCA Rodriguez, Andrea del Rocio, opciones terapéuticas usadas en la dismenorrea primaria en las adolescentes del colegio “unidad educativa bernardo valdivieso”, Area de la Salud, Universidad
- DAVINA COBO AGUILAR Alteraciones menstruales, servicio de Obstetricia y Ginecóloga hospital Universitario de las Nieves 2012
- ESCOBAR María. Trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia. Sociedad Argentina de Pediatría Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. 2010.
- Escobar, María del Pilar; Pico, Maria E, Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011, Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 31, núm. 2, mayo-agosto, 2013, pp. 178-186 Universidad de Antioquia , Colombia.
- FARGUHAR ML, Farquhar CM, Sinclair OJ. Surgical interruption of pelvic nerve Pathways for primary and secondary dysmenorrhea. Cochrane Database Syst Rev 2013;
- FERLAY J, BRAY F, Pisani P, Parkin DM. Incidencia de cáncer mortalidad y prevalencia mundial 2011
- IÑIGUEZ MS, Toledo-Cisneros R, Aguilera-Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. Salud Pública 2011
- IRAZUSTA A, Ruiz L, Gil S, Gil, Irazusta J. “Hábitos de vida de los estudiantes de enfermería”. UPV/EHV. Escuela de Enfermería. Departamento Enfermería I. Sarriena, 2013
- Ferreira S, Santos M, Miyamura RA, et al. Infección persistente del papilomavirus humano como predictor de la neoplasia intraepitelial cervical. JAMA 2001
- JEMAL A, ET al. El Atlas del Cáncer. Segunda edición. Atlanta, Sociedad Americana de Cáncer 2014

- JOICE GASPA factores sociodemográficos y clínicos de las mujeres con VPH y su asociación al VIH 2015
- LAURETIS Teresa, las prácticas sexuales de amor: lesbianas sexualidad y perseverancia Universidad de Indiana 1994
- LAMAS Marta, Perspectivas feministas y psicoanalíticas sobre la identidad, 1995, p 52.
- ¹LÓPEZ AL, GUERRERO S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem investigación Universitaria. 2006; 90-100.
- LLUCH CANUT, María Teresa; ROLDAN MERINO, Juan Francisco, Diseños de proyectos de investigación de enfermería DE SALUD MENTAL Y ACCIONES, UNIVERSIDAD DE BARCELONA, MADRID, 2007-2012, PÁGINA 111.
- MATSUMOTO. Las afecciones ginecológicas crónicas nos informaron de las conclusiones de las mujeres de la encuesta de encuesta de calor nacional
- MEDINA María de Jesús Sánchez¹, Ramona Armida Medina Barragán¹., Formación profesional y desarrollo de capacidades de autocuidado en estudiantes de Licenciatura en Enfermería, Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit, Nayarit, México., 2013.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer, 2016 pág. 22
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Pág.151
- MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones pre neoplásicas de cuello uterino, Febrero de 2000, p. 5 – 6
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Pág.85

- MONROY RUBIANO, Mary Luz, Autocuidado en la higiene genital de las estudiantes de enfermería de primero a cuarto semestre de la universidad de Cundinamarca- seccional Girardot, 2014. Pág. 29
- Modelos y teorías en enfermería, séptima edición Dorothea E. Orem, capítulo 14, pg. 273. Concepto de la teoría de Dorothea Orem, modelos y teorías de enfermería, la teoría de enfermera de déficit del autocuidado.
- PATIL V, Wahab SN, Zadpey S, Vasudeo ND. Development and validation of risk scoring system for prediction of cancer cervix. Indian J Public Health. 2006;50(1):38-42
- PARAZZINI, et al., "Reproductive Factors and the Risk of Invasive and Intraepithelial Cervical Neoplasia," British Journal of Cancer, 2012
- PROFAMILIA – Ministerio de Salud y protección Social Encuesta Nacional de demografía y Salud. Bogotá. 2011
- PERARNAU Y FASULO. Síndrome premenstrual y trastorno disforico premenstrual en estudiantes adolescentes. Universidad de San Luis. Argentina. Año VIII –2015 pág. 153
- Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos Colombia. 2013 Pág. 142
- PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía en Salud- ENDS; Capitulo XV Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino, Colombia 2010, pág.174-187.
- RODRIGUEZ JIMENEZ, HERNANDEZ DE LA CALLE trastornos menstruales en la adolescencia Hospital Universitario Santa Sofía Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia • Volumen II • Septiembre 2014
- RODRÍGUEZ Rodríguez Leonor 1, Ma. Lourdes Jordán Jinez2, Georgina Olvera Villanueva, María de Jesús Medina Sánchez1, Ramona Armida Medina Barragán1., Formación profesional y desarrollo de capacidades de autocuidado en estudiantes de Licenciatura en Enfermería, Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit, Nayarit, México., 2013.

- RODRIGUEZ GAZQUEZ, M^a de los Ángeles; Yurany Andrea. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia).2015 pp. 183-195
- SOSA ROSAS, María Del Pilar, LOPEZ OLGUÍN, Norberta, Sentido y significancia de prácticas de autocuidado ante el riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres mexicanas sanas, Universidad Nacional Autónoma de México, Vol. 5
- TAYLOR, Susan. Orem, Dorothea: La Teoría enfermera del déficit de autocuidado. En: MARRINER A, RAILE M. Modelos y Teorías en Enfermería. Capítulo 13. 6^a ed. Madrid España El servir España, S.A; 2007. p. 270.
- UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA. Programa de Enfermería. Documento Curricular Macro diseño. 2003, ajustado 2009.
- VAZQUEZ SANCHEZ, Vanessa; MARTINEZ FUENTES, Antonio Julián y DIAZ SANCHEZ, María Elena. Menarquía y ciclo menstrual en estudiantes internas y externas de Ciudad de La Habana. *Rev. Cubana Salud Pública* [online]. 2005
- ZERPA DE MILIANI Yajaira Trastornos menstruales de la adolescente, servicio de endocrinología del instituto autónomo. Hospital Universitario de los Andes, Merida – Venezuela.